

2025

Prácticas de gestión de la salud en personas con diabetes : estudio del taller de diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata

Dalto, Camila

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1014>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA



Facultad de
**Ciencias de la Salud
y Trabajo Social**
Universidad Nacional de Mar del Plata

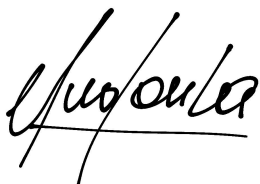


***Prácticas de Gestión de la Salud en Personas con
Diabetes: Estudio del Taller de Diabetes del Hospital
Interzonal General de Agudos de Mar del Plata***

Dalto, Camila
Henrik, Estefanía Alejandra
Zumbo, Victoria Sabrina

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud y
Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata
para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional

Febrero, 2025
Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Dirección / Asesoría Metodológica / Autoras**Directora**

Lic. en Terapia Ocupacional Cirese, Ana Paula

Co- Directora

Lic. en Sociología Antoniucci, Melina

Asesora Metodológica

Lic. en Terapia Ocupacional Campisi, María Alejandra

Autoras

Dalto, Camila



Henrik, Estefanía Alejandra



Zumbo, Victoria Sabrina

Agradecimientos

Nadie logra grandes cosas en su vida en soledad, todos necesitamos del apoyo de otros para poder alcanzar nuestras metas. En nuestro caso, hemos contado con el sostén amoroso de nuestras familias, quienes nos acompañaron con su ánimo, ayuda económica, amor, acompañamiento y esfuerzos constantes. Gracias a ellos hemos podido transitar estos años de formación, dedicar largas jornadas al estudio, asistir a las prácticas y finalmente dedicarnos durante un año a elaborar esta investigación.

También queremos agradecer al equipo que acompañó todo el proceso de la tesis: a Ana por ser nuestra directora y guía, sin ella acceder a la institución no hubiera sido posible; a Meli y More por acompañarnos en momentos donde no sabíamos cómo seguir; a Ale por su disposición y orientación en cada encuentro; al taller de tesis por agilizar los tiempos de espera de los permisos para la investigación y sobre todo a la Institución de la UNMDP, que nos ha brindado un lugar para formarnos tanto personal como profesionalmente.

No podemos olvidar a nuestros amigos y “facu-amigos”, quienes, con su compañía y comprensión, hicieron que el camino fuera más llevadero. Su amistad y los momentos compartidos nos ayudaron a seguir adelante.

Por último, queremos dedicar este logro a aquellas personas que ya no están físicamente con nosotros. Su deseo de vernos cumplir nuestros sueños sigue siendo una fuerza que nos impulsa cada día.

A todos ellos, les agradecemos profundamente por ser parte fundamental de este logro.

Resumen

En la actualidad la Diabetes Mellitus (DM) tiene un impacto significativo a nivel mundial, afectando a 1 de cada 10 adultos. El adecuado manejo de la enfermedad es fundamental para prevenir sus complicaciones, las cuales no solo deterioran la calidad de vida de las personas, sino que también generan un incremento en los costos del sistema de salud.

La Terapia Ocupacional desempeña un rol importante en la Gestión de la Salud en DM, abordandola desde una perspectiva holística, comunitaria, integral y social, con el objetivo de fomentar la participación en ocupaciones significativas que promuevan el bienestar.

Este estudio tuvo como objetivo Analizar la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024. Se llevó a cabo una investigación con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y de alcance transversal.

La muestra estuvo conformada por 24 personas, y la recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado de elaboración propia. Los resultados indicaron que, si bien la mayoría de las prácticas de gestión de la salud en DM presentan un buen nivel de adherencia, aún existen aspectos que requieren mejoras.

En conclusión, los talleres de promo-prevención en salud tienen un impacto positivo en esta población. Se recomienda continuar fortaleciendo los programas de salud pública para garantizar el derecho al acceso a la atención sanitaria y reducir las desigualdades en salud.

Introducción

La DM es una enfermedad crónica compleja con una creciente prevalencia mundial, que genera un gran impacto en la vida de quienes la padecen: su naturaleza crónica requiere de altos niveles de adherencia a las recomendaciones terapéuticas para su manejo adecuado, las cuales apuntan a cambios sostenidos en el tiempo en diversas áreas de la vida de las personas de forma integral, no limitándose únicamente a lo farmacológico, sino también a los estilos de vida, cuidados específicos, entre otros.

Además, las complicaciones secundarias que genera a corto y largo plazo precisan de un control y seguimiento estricto y continuo por parte de la persona diabética y su entorno, ya que muchas de éstas se manifiestan de manera silenciosa y pueden generar graves repercusiones en la salud. Asimismo, provocan un mayor gasto económico del que se necesita habitualmente para su tratamiento y resultan en barreras que limitan la participación de las personas en ocupaciones significativas, tales como el trabajo, la educación, la participación social, las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), entre otras.

La presente investigación surgió del interés de las autoras en el Taller de Diabetes ofrecido en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA) de Mar del Plata. Esta motivación se debió a la oportunidad de conocer el enfoque de la disciplina de Terapia Ocupacional (TO) en un programa de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el contexto de la salud pública.

Ante la perspectiva de contribuir al conocimiento de la temática expuesta, el presente estudio tuvo por objetivo analizar la Gestión de la Salud de los participantes del Taller de Diabetes del HIGA en Mar del Plata, en el año 2024.

Esta investigación busca aportar una comprensión más profunda de las características de las prácticas de la Gestión de la Salud en personas con DM del Taller de Diabetes, que incluyen hábitos de alimentación recomendados, práctica de ejercicio físico, cuidado de los pies, adherencia al tratamiento farmacológico, autocontrol de los niveles de glucosa en sangre, asistencia a citas con diversos profesionales de la salud y participación en talleres de promoción de la salud en DM.

El estudio está atravesado por la perspectiva de la TO, destacando la importancia de la intervención de la misma en el manejo integral de la DM. Partiendo de una mirada holística, social, comunitaria e integral que caracteriza la disciplina.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo y el tipo de estudio es descriptivo, con un diseño no experimental y un alcance transversal. Se aplicó un cuestionario autoadministrado a los concurrentes del Taller de Diabetes que deseaban participar. Los datos recopilados se analizaron para comprender sus prácticas en la gestión de la salud.

La muestra estuvo compuesta por 24 participantes, con una edad promedio de 54 años, en su mayoría desempleados de sectores socioeconómicos bajos y con nivel educativo intermedio. Se

identificaron determinantes de salud, como la situación económica, el acceso a la educación y las creencias sobre la enfermedad, que afectan la gestión de la diabetes. A pesar de esto, se destacó que la mayoría de las prácticas de gestión de la salud en DM tuvieron niveles positivos, estas fueron los hábitos de alimentación, la práctica de ejercicio físico, el autocontrol de glucosa en sangre y la participación en talleres promo-preventivos. Mientras que áreas como el cuidado de los pies y la adherencia al tratamiento farmacológico requieren mejoras.

A través del análisis detallado de las prácticas de Gestión de la Salud de los participantes del Taller, se identificaron las fortalezas y áreas a mejorar, proporcionando así una base para futuras investigaciones y prácticas en el campo de la salud pública y la TO.

Justificación de la Investigación

El aumento significativo y alarmante en la prevalencia de la DM a nivel mundial y nacional, reconocido por diversos expertos como una epidemia, justifica profundamente la realización de este estudio.

En este contexto, la TO desempeña un papel crucial, dado su enfoque holístico, que no sólo permite contrarrestar los efectos adversos en la salud de las personas, sino también promover su participación activa en ocupaciones significativas, que son esenciales para el sentido de identidad y bienestar del individuo. La ausencia de la capacidad para participar en estas ocupaciones puede desencadenar un deterioro en diversas áreas de la vida del individuo, perpetuando un ciclo de declive en su estado de salud. La afectación en el desempeño ocupacional puede afectar la capacidad de los individuos para mantener su participación social. La intervención de la TO es fundamental para romper este ciclo, proporcionando estrategias que permitan a las personas con DM gestionar su condición de manera más efectiva y comprometidos en sus ocupaciones diarias.

Es de suma importancia destacar que la integración de las personas en su propio proceso de tratamiento, incluyendo la participación en talleres especializados, se inscribe dentro del ámbito de la TO. Estos talleres se consideran parte de las ocupaciones de gestión o manejo de la salud, fundamentales para la recuperación y el manejo eficaz de la enfermedad (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la DM es la educación en salud, y el Taller de Diabetes se destaca por su enfoque educativo. Hasta el momento, no se habían realizado relevamientos sobre el impacto del mismo, lo que resalta la importancia de este estudio. Por primera vez, se llevó a cabo una caracterización de las personas que asisten al Taller, lo que permitirá ajustar las intervenciones educativas y de prevención de manera más precisa y efectiva a sus realidades y contextos. Este esfuerzo representa una primera aproximación a un aspecto que nunca antes se había explorado, a pesar de que el Taller se ha realizado durante años. Este acercamiento es esencial para lograr una aplicación más efectiva y empática de las intervenciones en salud pública.

Asimismo, de los temas analizados y de los resultados obtenidos, se desprende información que podría brindar una base para futuras investigaciones.

Además, se incluyó la mirada subjetiva de los participantes respecto a la concepción de su salud y del Taller. También se presenta un análisis crítico del papel de estos talleres en las políticas de salud pública.

Estado de la Cuestión

La DM es una amenaza significativa para la salud pública mundial, afectando a millones de personas. La gestión eficaz de la misma es esencial para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas. El conocimiento de ésta, su desarrollo y consecuencias, aportarán información valiosa para la gestión de futuras políticas de salud, previniendo sus efectos negativos en las personas que podrían padecerla y permitiendo alcanzar mejores estados de salud en aquellos donde ya está instaurada.

Para esta revisión, sobre la literatura existente respecto al tema “Gestión de la Salud en Diabetes Mellitus”, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como PubMed, Google Académico, Scielo, PEDro, Biblioteca virtual en salud, Kimelü (Repositorio Digital de la FCSyTS de la UNMDP), Elsevier, entre otras, utilizando palabras clave como “Diabetes Mellitus”, “Terapia Ocupacional”, “Gestión de la Salud”, “Autocuidado”, “Adherencia al tratamiento”, “Alfabetización en salud”. Se seleccionaron estudios publicados en los años recientes para garantizar la relevancia y actualidad de la información, aunque para los fines de esta investigación, se agregaron estudios de mayor antigüedad ya sea por relevancia del tema desarrollado o por la cercanía geográfica que éstos compartían.

Se intentó identificar patrones, tendencias y vacíos en las investigaciones relacionadas con el tema seleccionado a nivel nacional, regional y mundial, enfocándose en estudios que compartían características similares a las que las investigadoras deseaban analizar. Estas investigaciones fueron de utilidad como base para la elaboración de la variable de este estudio. Cabe destacar que gran parte de las mismas provienen de disciplinas de salud distintas a la TO, revelando la existencia de vacíos en el estudio de esta temática desde la perspectiva de TO. Además, la mayoría de éstas se abocan al estudio de poblaciones con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), aunque en la presente, se incluyen ambos tipos de DM.

A nivel Mundial

Dado que no existen investigaciones que abarcan regiones tan amplias como continentes o países enteros, en esta sección se mencionan dos estudios realizados en países de otros continentes. Estos estudios comparten características con el presente trabajo, lo que permite representar las tendencias en áreas geográfica y culturalmente diversas.

Jannoo y Mamode Khan (2019) en el país de Malasia realizaron un estudio con 497 personas con DM2 que asistían a distintas instituciones de salud. Participaron individuos de distintas etnias: malayos, chinos e indios.

El instrumento utilizado fue una encuesta que toma como base el Resumen de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA, por sus siglas en inglés), el cual está validado para evaluar el cumplimiento del tratamiento. El mismo incluye preguntas que abordan los hábitos dietéticos, patrones de ejercicio, ingesta de medicación, autocontrol de la glucosa en sangre y cuidado de los

pies. La muestra estuvo compuesta por 53.7% hombres y 46,3% mujeres. La edad media fue de 55,5 años y la duración media de la DM fue de 7,74 años.

En rangos generales, los individuos mostraron un comportamiento de autocuidado en DM moderado: los resultados indicaron que la mayoría seguían adecuadamente las recomendaciones dietéticas y el cuidado de los pies. Sin embargo, el control de la glucemia y el ejercicio físico fueron los comportamientos de autocuidado en DM menos seguidos. El análisis de correlación indicó que había una asociación significativa entre la adherencia a la medicación y el autocuidado en diabetes. También se encontró que la adherencia a la medicación estaba positivamente correlacionada con la dieta, el control de la glucemia, el ejercicio y el cuidado de los pies. Además, la etnia estaba significativamente asociada con la adherencia a la medicación, con los participantes indios mostrando la mayor adherencia. Los resultados destacan la necesidad de intervenciones culturalmente específicas para mejorar la adherencia a la medicación y fomentar comportamientos de autocuidado entre las personas con DM2.

Chourdakis et al., (2014) llevaron a cabo una investigación para examinar los comportamientos de autocuidado de adultos con DM2 que vivían en el norte de Grecia. Para este fin se administró la medición del SDSCA, complementado con preguntas sobre varios parámetros antropométricos y datos demográficos de interés a 177 personas con DM elegibles en base a los criterios del estudio. La muestra estaba compuesta por 90 mujeres y 87 varones, con una edad promedio de 63.5 años y un tiempo de diagnóstico medio de 12 años.

La mayoría de los individuos (75,7%) reportó consumo regular de nutrientes ricos en grasa. Una gran mayoría (90,3%) estaba recibiendo la medicación prescrita, y el 60,5% estaba midiendo la concentración de glucosa en sangre según lo recomendado. Sin embargo, solo el 16,4% de los participantes reportó seguir una dieta saludable constantemente durante la semana pasada. Además, solo el 15,8% reportó hacer ejercicio durante al menos 30 minutos al día y menos del 3% realizó ejercicios específicos todos los días durante la semana anterior. Además, el 27,1% de la población del estudio reportó chequeo diario de los niveles de glucosa en sangre y el 19,2% examinó sus pies.

Esta investigación informa sobre cuatro hallazgos principales: 1- El nivel educativo de los individuos parecía estar negativamente correlacionado con la distribución diaria de carbohidratos. Los investigadores consideran que las barreras lingüísticas y la forma en que los profesionales de la salud comunican la información a las personas representa un gran desafío, ya que cualquier falta de comprensión puede resultar en decisiones de salud inadecuadas. 2- En cuanto al ejercicio, se demostró que los hombres con un nivel educativo más alto y una mayor duración de la enfermedad eran físicamente activos con más regularidad. 3- Los más jóvenes tienen menos probabilidades de seguir las recomendaciones sobre dieta, medicación, control de glucemia, cuidado de los pies y ejercicio en comparación con los mayores. Los investigadores infirieron que esto podría ser el resultado de su escaso conocimiento sobre la enfermedad y el hecho de que sus complicaciones tardan en desarrollarse, lo que los lleva a descuidar su importancia; y 4- La duración de la enfermedad parece

estar positivamente correlacionada con los comportamientos de autocuidado, ya que los participantes con una mayor duración de la DM manejan mejor su enfermedad.

A nivel regional

En 2006, Porras et al., publicaron un artículo titulado “Intervención de terapia ocupacional en prevención y tratamiento de obesidad y diabetes mellitus tipo II: Nunca pensamos que era algo más que una dieta” en la Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Este artículo se basa en una intervención en personas obesas y pre diabéticas de un Centro de Salud Familiar en El Bosque, Chile, entre 2004 y 2005. Debido a sus resultados positivos, fue implementado en todo Chile. Las medidas propuestas por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) incluyeron programas de tratamiento de la obesidad en Atención Primaria de Salud y campañas de alimentación saludable, dirigidas a modificar estilos de vida mediante evaluaciones, seguimiento nutricional, apoyo emocional y educación, con abordaje interdisciplinario. La metodología empleada comprende intervenciones individuales y grupales durante 10 meses. El objetivo fue cambiar hábitos alimentarios y conductas relacionadas, considerando factores emocionales, sociales y culturales. Los resultados arrojaron que, de los 70 participantes, el 88.6% bajó de peso, la presión arterial alta disminuyó del 25% al 6%, y la glucemia elevada bajó del 60% al 19%. Las personas participaron activamente en las sesiones de TO, aumentando su autoestima y confianza, y aprendiendo a identificar y modificar hábitos no saludables.

En 2019, Zamora-Niño et al., en su investigación titulada “Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento”, tuvieron como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de personas con DM2 sobre su enfermedad utilizando el cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24), validado para este fin; sus preguntas se clasificaron en tres grupos: conocimientos generales sobre la DM2, control glucémico y prevención de complicaciones. Además, buscaron determinar si este conocimiento estaba asociado con la adherencia al tratamiento, mediante el test de Morisky-Green-Levine.

Los resultados del estudio indicaron que existe una asociación entre un mayor nivel de conocimientos sobre la enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento entre los sujetos evaluados. Esto sugiere que la educación adecuada sobre la DM puede jugar un papel crucial en mejorar la adherencia al tratamiento y, por ende, en el manejo efectivo de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

A nivel nacional

Linari et al., (2019), en su trabajo titulado “Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Argentina durante 2015”, evaluaron la adherencia al tratamiento en adultos con DM2. Incluyeron a 1.520 individuos de ocho regiones de la República Argentina. Los resultados mostraron que la edad media fue de 60,2 años y la antigüedad de la DM2 fue de 10,1 años. La media de adherencia general para todas las características evaluadas fue de 4,32 (61,71%). Los niveles de adherencia encontrados en este estudio son similares a los observados en otros países en desarrollo,

con la excepción del cuidado de los pies, que en Argentina reporta escalas de mayor adherencia. Se detectó una mayor adherencia al monitoreo en las terapias con uso de insulina y menores para la dieta, el ejercicio y el uso exclusivo de antidiabéticos orales (ADO). La mayor adherencia en medicación se observó en las terapias con insulina y en las combinaciones de insulina y ADO. Se llegó a la conclusión, de que son alarmantes las bajas escalas de adherencia en el grupo que solo sigue una dieta y ejercicio.

Castaño y Scarpati (2003) en su Tesis “Terapia ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2” investigaron cómo es el autocuidado en personas con DM2, que concurren a los consultorios externos de Clínica Médica del HIGA, Mar del Plata. La muestra quedó constituida por 100 personas y la técnica de recolección de datos fue una entrevista personal a cada participante.

Los resultados indicaron que, de todas las acciones de reconocimiento, los cursos de educación diabetológica fueron los más inadecuados, con solo el 17% de los individuos realizándolos de manera adecuada. En cuanto al autoanálisis, solo el 49% de la población lo realiza, y de estos, solo el 14% lo hace correctamente. Un 52% de las personas sigue siempre una dieta equilibrada y consume las cuatro comidas básicas. La inspección diaria de los pies es un hábito para el 68% de los participantes. La búsqueda de señales de heridas, es una práctica habitual para la mitad de las personas. Solo el 44% realiza ejercicio regularmente.

El análisis de algunas variables mostró que los individuos jóvenes tienen un mayor nivel de autocuidado. Una relación significativa fue entre el puntaje de autocuidado y la asistencia a cursos de educación diabetológica, donde se evidenció que las personas que asisten adecuadamente a estos cursos tienen un puntaje de autocuidado más alto. Según los resultados obtenidos, el 77% de los participantes presentan un nivel de autocuidado medio.

Esta tesis presenta la propuesta de un plan de abordaje preventivo-terapéutico: talleres de educación terapéutica para adultos diabéticos con este enfoque, ya que en ese momento este enfoque era inexistente en el HIGA.

Marco Teórico

Capítulo 1: Diabetes Mellitus

Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un grupo de patologías que suelen tener una progresión lenta y pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida, presentando síntomas y una evolución variable. Estas no se originan principalmente por infecciones agudas. Sus efectos a largo plazo en la salud a menudo requieren tratamientos y cuidados prolongados. Además, deterioran la calidad de vida de quienes las padecen, provocando la degeneración de órganos y tejidos, actuando como condicionantes o favorecedoras de otras enfermedades (comorbilidades), lo que puede llevar a discapacidades e incluso a la muerte si no se tratan adecuadamente.

En este grupo se incluyen diversos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, DM y enfermedades pulmonares crónicas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f). Estos cuatro grupos de enfermedades representan más del 80% de todas las muertes prematuras a nivel mundial.

Existen diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar una ECNT. Entre los factores modificables, asociados al estilo de vida, se encuentran la alimentación poco saludable, la falta de ejercicio físico, y el consumo de tabaco y alcohol. Estos comportamientos están relacionados con factores metabólicos como la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia. Asimismo, hay factores de riesgo no modificables, como los ambientales, las condiciones de vida y trabajo, el acceso limitado a servicios de salud y las desigualdades socioeconómicas, siendo notable que el 77% de las muertes por ECNT ocurren en países de ingreso medio y bajo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Diabetes Mellitus

La DM es una alteración metabólica causada por múltiples etiologías. Se caracteriza por una hiperglucemia crónica con dificultades en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultantes de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

La insulina es la hormona encargada de regular los niveles de glucosa en la sangre. Esta hiperglucemia puede causar daños graves en varios órganos y sistemas del cuerpo, especialmente en nervios y vasos sanguíneos (National Institute of Child Health and Human Development [NICHD], 2017).

La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas. Se contemplan cuatro grupos:

- La Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas, responsables de sintetizar, almacenar y secretar insulina, lo que resulta en una producción insuficiente o nula de esta hormona. La causa principal es autoinmune, aunque existen casos idiopáticos sin presencia de anticuerpos detectables.

Esta condición suele manifestarse en la niñez o pubertad, razón por la cual antes se la conocía

como "diabetes juvenil", aunque puede suceder en cualquier momento de la vida. Cuando se da el diagnóstico, la función pancreática ya está significativamente deteriorada, haciendo imprescindible la administración de insulina para la supervivencia.

- La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) se presenta con distintos grados de resistencia a la insulina, lo que inicialmente provoca un aumento en la producción de esta hormona para compensar. Sin embargo, con el tiempo, el páncreas no puede mantener este ritmo elevado de producción, llevando a una deficiencia relativa de insulina, de esta manera, coexisten tanto la resistencia como la insuficiente producción de esta hormona.

Factores como la falta de ejercicio físico, la predisposición genética y el sobrepeso contribuyen a la aparición de la DM2 en edades cada vez más tempranas, mientras que anteriormente se observaba sólo en adultos, por lo que se la conocía como "diabetes de inicio en la edad adulta".

La DM2 suele desarrollarse gradualmente a lo largo de varios años y, en algunos casos, puede pasar desapercibida. Algunas personas descubren su condición solo cuando surgen complicaciones relacionadas. Este tipo de DM es la de mayor prevalencia, representando el 95% de los casos totales de personas diabéticas.

Con frecuencia, las personas con DM2 llegan a necesitar insulina en algún momento de su vida. Por otro lado, algunas personas con DM1 pueden experimentar una progresión lenta de la enfermedad o tener períodos prolongados de remisión sin necesidad de insulina. Debido a estas variaciones, se ha dejado de utilizar los términos "insulinodependiente" para la DM1 y "no insulino-dependiente" para la DM2.

- La Diabetes Gestacional (DG) se manifiesta por primera vez durante el embarazo, independientemente de la necesidad de insulina o de si persiste después del parto, y no excluye la posibilidad de una condición metabólica previa al embarazo. En la mayoría de los casos, la glucemia se normaliza después del parto, pero existe un mayor riesgo de desarrollar DM a largo plazo.
- Otros tipos específicos de DM: Estos incluyen defectos genéticos en la función de la célula beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, DM inducida por drogas o productos químicos, infecciones, entre otras (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2019, pp. 7-8).

Síntomas.

La sintomatología de la DM varía según el tipo. La DM1 suele aparecer súbitamente con síntomas graves, mientras que la DM2 se desarrolla gradualmente y puede ser asintomática al principio, dificultando su diagnóstico. Los síntomas clásicos incluyen:

- Polidipsia y Poliuria: Sensación de sed y aumento de la micción. Los altos niveles de azúcar en sangre hacen que los riñones filtren más líquido, causando deshidratación y mayor sed, lo que incrementa la ingesta de agua y la frecuencia urinaria.

- Pérdida de peso inexplicada: Al no poder usar la glucosa como energía, el cuerpo quema grasas almacenadas, provocando pérdida de peso. Esto sugiere una reducción en la producción de insulina. Mientras que el exceso de peso se asocia con la resistencia a la insulina.
- Astenia: Fatiga. La falta de energía celular causa decaimiento y cansancio extremo. (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2016).

Para el **diagnóstico de la DM** se puede utilizar el siguiente criterio: síntomas clásicos de DM (anteriormente mencionados), más una glucemia casual en plasma venoso ≥ 200 mg/dL: tomada en cualquier momento del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última ingesta (ALAD, 2019, p.11).

Complicaciones Secundarias

Complicaciones Agudas.

Las complicaciones agudas de la DM son de gran importancia, ya que pueden causar morbilidad y mortalidad. Se les llama agudas porque pueden manifestarse en cuestión de minutos, horas o días, a diferencia de las complicaciones crónicas, que tardan varios años en desarrollarse. Estas incluyen:

- Cetoacidosis diabética (CAD):

Se produce por el proceso de cetosis, el cual consiste en la utilización de las grasas como principal fuente de energía en lugar de los carbohidratos, generando la acumulación excesiva de cuerpos cetónicos que llega a valores peligrosos, debido a niveles extremos de glucosa en sangre, siendo más común en la DM1. Puede causar consecuencias neurológicas graves, edema cerebral y muerte si no se trata adecuadamente.

- Hipoglucemia iatrogénica:

Caracterizada por la disminución de glucosa circulante por debajo de 50 mg/dl. Las causas más frecuentes son el exceso de insulina o hipoglucemiantes orales, el retraso en la ingesta de alimentos, exceso de actividad física o el estrés. Produce alteraciones a nivel del sistema nervioso central, en las respuestas adrenérgicas o colinérgicas, presentando como síntomas: cefalea, hambre, irritabilidad, ansiedad, parestesias, palpitaciones, sudoración, temblor, etc. (Castaño y Scarpati, 2003, pp. 23-24).

Es común en DM1 y también en DM2 con uso de insulina o sulfonilureas. La hipoglucemia leve se trata con carbohidratos rápidos, pero la hipoglucemia grave requiere asistencia externa y puede llevar a convulsiones, coma y/o muerte sin tratamiento oportuno.

- Estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH):

Afecta principalmente a personas con DM2. Se caracteriza por deshidratación severa y pérdida de electrolitos, con una alta tasa de mortalidad, especialmente entre ancianos y personas con enfermedades crónicas (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

Complicaciones Crónicas.

La presentación de complicaciones está ligada a varios mecanismos por los que se produce el daño arterial, afectando pequeños y grandes vasos.

1- Complicaciones Microvasculares.

- Retinopatía diabética:

Es una enfermedad vascular degenerativa. Es la principal causa de ceguera en personas con DM. Los niveles elevados de glucosa en sangre hacen que las paredes de los vasos sanguíneos del ojo se vuelvan más frágiles y permeables, provocando edema. Los síntomas principales incluyen visión borrosa, pérdida progresiva de la visión, escotomas y dificultad para ver en la oscuridad. La persona generalmente no se percata de la enfermedad hasta que el daño es irreversible (Vinces-Chong et al., 2019).

- Nefropatía diabética:

Es un proceso que comienza con lesiones funcionales, y luego avanza a lesiones estructurales inducidas por la hiperglucemia. Afectando las estructuras del riñón y provocando un síndrome nefrótico.

Se produce un desequilibrio entre los sistemas que dilatan y constriñen los vasos sanguíneos, lo que aumenta la presión dentro de los glomérulos y causa daños. Esto puede asociarse con lesiones glomerulares y otros signos de disfunción renal (Vinces-Chong et al., 2019).

- Neuropatía diabética:

El NIDDK (2011), la define como un daño en los nervios provocado por la DM. Los síntomas varían según el tipo de neuropatía y pueden incluir desde dolor y entumecimiento en los pies hasta problemas en las funciones de órganos internos como el corazón y la vejiga. Los tipos de neuropatía diabética son 4: Autonómica, Periférica, Focal y Proximal. En particular, la Periférica es altamente prevalente en personas con DM (50-66%), la misma afecta los pies y las piernas, y a veces afecta las manos y los brazos con síntomas que incluyen dolor, parestesias, alteración de la sensibilidad superficial y profunda con afectación de reflejos tendinosos y de la marcha.

- Disfunción eréctil:

Se reconoce que el 35-50% de los hombres adultos con DM presenta impotencia, su prevalencia aumenta con la edad (Chawla, 2013).

2- Complicaciones Macrovasculares.

- Enfermedad arterial coronaria (EAC):

De acuerdo con Pajunen et al. (2000, como se citó en Chawla, 2013), los individuos con DM enfrentan un riesgo de desarrollar EAC dos o tres veces mayor en comparación con aquellos que no tienen esta condición. La EAC emerge como la causa principal de mortalidad en este grupo demográfico. La formación de placas ateroscleróticas y la tendencia a la coagulación excesiva son los procesos subyacentes en el desarrollo de la misma.

- Enfermedad cerebrovascular:

Según Lukovits et al. (1999), la probabilidad de experimentarla está asociada con factores como la elevada glicosilación, problemas de funcionamiento del endotelio, aumento de la agregación plaquetaria y resistencia a la insulina (como se citó en Chawla, 2013).

- Enfermedad vascular periférica (EVP):

La EVP es una complicación común en personas con DM, caracterizada por la enfermedad arterial oclusiva aterosclerótica en las extremidades inferiores. Es un factor de riesgo significativo para la amputación de extremidades (Huang et al., 2017). Los síntomas incluyen claudicación, pérdida de vello en los pies, llenado capilar retardado, rubor dependiente y ausencia de pulso periférico (Chawla, 2013).

La neuropatía diabética periférica, los trastornos vasculares periféricos y la disminución de la resistencia a las infecciones de los diabéticos, aumenta el riesgo de desarrollar Pie Diabético (Cañarte Baque et al., 2019).

Pie Diabético

Según Arroyo y Burbano (2019) es una condición que implica la degeneración de los tejidos y su función, debido a problemas vasculares y disfunción nerviosa periférica. Se manifiesta a través de úlceras, infecciones o la destrucción de tejidos profundos. Está asociada con una elevada morbilidad.

La OMS lo define como “la ulceración, infección o gangrena del pie asociados a neuropatía periférica y diferentes grados de enfermedad arterial periférica y es el resultado de la interacción compleja de diferentes factores” (como se citó en Domínguez-Olmedo et al., 2017).

La DM suele ser la causa primordial de amputaciones no traumáticas en las extremidades inferiores, que habitualmente están precedidas por úlceras en el pie.

La amputación es la extirpación completa de un miembro o parte de él. La amputación de un miembro inferior representa la última medida de tratamiento, siendo necesaria cuando la vida de la persona está en peligro debido a una grave sepsis generalizada en la extremidad (López Sandoval, 2019).

Tratamiento

El tratamiento de la DM requiere un enfoque multidisciplinario debido a su naturaleza multifactorial. Este enfoque integral busca controlar los niveles de azúcar en la sangre, modificar los factores de riesgo y prevenir complicaciones secundarias. Se divide en dos modalidades:

- Tratamiento farmacológico: Incluye medicamentos hipoglucemiantes o antidiabéticos orales, así como insulina, que normalizan los niveles de azúcar en sangre y mejoran la sensibilidad y cantidad de insulina.
- Tratamiento no farmacológico: Implica la prescripción de ejercicio aeróbico y de fuerza, educación sobre el autocuidado mediante el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre y orina, cuidado de los pies, higiene, planificación dietética y la intervención temprana para reducir las complicaciones. Esta modalidad de tratamiento tiene múltiples beneficios en el

control glucémico, así como en parámetros cardiovasculares, metabólicos, antropométricos y aspectos psicosociales, incluso reduciendo la mortalidad (Arroyo y Burbano, 2019).

Constituye el único tratamiento integral capaz de abordar de manera simultánea la mayoría de los desafíos metabólicos de las personas con DM.

En particular, el tratamiento de la DM1 se basa exclusivamente en la administración de insulina, con su consecuente monitoreo de glucosa, y la adopción de hábitos saludables, que incluyen dieta equilibrada y ejercicio físico. Todas las personas con DM1 necesitan administrarse insulina, la cual puede presentarse de diversas formas, puede ser de acción rápida, corta, intermedia o prolongada (Vallejo Sánchez, 2021).

El tratamiento efectivo de la DM ha evolucionado desde el descubrimiento de la insulina en 1921 hasta la introducción de hipoglicemiantes orales más eficaces, especialmente en la DM2. Hoy en día, hay diversas clases de fármacos para tratar la DM2 que han transformado los paradigmas tradicionales de tratamiento, reduciendo significativamente el riesgo de hipoglucemia, siendo que la misma es causa del tratamiento y no de la DM. Además, previene eventos cardiovasculares en personas de alto riesgo.

En resumen, el cambio en el estilo de vida es fundamental para prevenir y controlar la DM2, pero también hay una amplia gama de medicamentos con diferentes propiedades farmacológicas que se utilizan para reducir los efectos nocivos de los altos niveles de glucosa en sangre (Ruano Imbaquingo et al., 2023).

Estadísticas

A nivel mundial, la IDF (2021) estima que uno de cada 10 adultos (20-79 años) tiene DM (537 millones de personas), y uno de cada dos adultos con DM no está diagnosticado (240 millones de personas). El 9% del gasto en salud mundial se destina a la DM (966,000 millones de dólares). Tres cuartas partes (81%) de las personas con DM viven en hogares de países de ingresos bajos y medios, y 1 de cada 9 adultos (20-79 años) tiene tolerancia a la glucosa alterada (541 millones de personas).

Las personas diabéticas representan el 6% del gasto en salud en Latinoamérica, convirtiéndolos en un tema relevante de interés en salud pública. Además, su elevada carga contribuye significativamente a los indicadores de morbilidad y mortalidad en el ámbito de la salud (Arroyo y Burbano, 2019).

La IDF proyecta un aumento del 48% en el número de personas con DM en la Región de América del Sur y Central (SACA) para el año 2045, alcanzando los 49 millones, y se espera que para el 2030 esta cifra sea de 40 millones. Aproximadamente 1 de cada 11 adultos en la región tiene DM, lo que suma un total de 33 millones de personas. De estas, aproximadamente 1 de cada 3 (33%) no ha sido diagnosticada. La DM contribuyó a 410.000 muertes en el año 2021. La prevalencia de la DM varía según la edad y el género, y se estima que 121.000 niños y adolescentes viven con DM1.

Argentina se encuentra entre los 5 principales países en términos de cantidad de personas con DM (de 20 a 79 años), con 1.806.800 de casos, ocupando el cuarto lugar. En 2011, esta cifra era de 1.5

millones. Esto refleja una prevalencia del 6,1%. Además, se ha observado un gasto relacionado con la DM de US\$1.420 por persona en este rango de edad (IDF, 2021).

Según estadísticas publicadas por la OPS (2023) en conjunto con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Ministerio de Salud de la Nación, durante el período 2019-2021, la DM ocupó el séptimo lugar en la tasa de mortalidad por las principales causas de muerte en toda la población de Argentina. Se registró un promedio constante de aproximadamente 20 muertes por cada 100.000 habitantes en esos años.

Por todo esto, es crucial la implementación de políticas de prevención efectivas por parte de los Estados, priorizando la lucha contra esta enfermedad. La respuesta rápida y adecuada contra la misma no solo reduce su prevalencia, sino también los costos que ésta genera a largo plazo.

En este capítulo, se ha explorado en profundidad la DM, abordando su prevalencia, las complicaciones asociadas y el impacto económico y social que representa tanto a nivel mundial como en Argentina. En este estudio se describirán las prácticas de Gestión de la Salud en personas con DM, las cuales son cruciales para mitigar estas complicaciones y reducir los costos asociados a la enfermedad.

Desde la perspectiva de la TO, la Gestión de la Salud es una ocupación vital que sostiene y habilita el desarrollo de otras ocupaciones. El rol de la TO juega un papel vital en el control de la DM, enfocándose en mejorar la calidad de vida y promover la independencia funcional de las personas, enseñándoles a convivir con la enfermedad y darle herramientas para el manejo de la misma en la vida cotidiana. Además, ayuda a las personas a identificar y superar barreras ambientales y psicológicas que puedan dificultar el control de su condición.

Políticas inclusivas y accesibles son indispensables para asegurar que todas las personas con DM puedan beneficiarse de una gestión de salud adecuada, que faciliten el acceso a recursos y tratamientos. La TO aboga por estas políticas, subrayando la importancia de la accesibilidad y el apoyo continuo para mejorar los resultados de salud en esta población.

En resumen, la gestión efectiva de la DM requiere un enfoque multidisciplinario que incluya intervenciones tempranas, apoyo continuo y políticas inclusivas. Este capítulo ha proporcionado una base sólida para comprender la magnitud del problema y la importancia de una gestión integral de la salud en personas con DM.

Capítulo 2: Perspectivas Contemporáneas de Salud: Implicaciones para la Terapia Ocupacional

En este capítulo se examinan conceptos claves que resultan fundamentales para entender la DM como parte de una red compleja de factores que interactúan e influyen en la salud de una persona. Para abordar la salud de manera integral, es crucial adoptar una perspectiva social que considere los diversos determinantes que la condicionan.

Este enfoque más amplio permite comprender mejor la DM en el contexto de los factores sociales, económicos y culturales, aportando una visión más amplia y conectada con las realidades que influyen en el bienestar y la calidad de vida.

Discusiones en torno al Concepto de Salud

El concepto de salud se ha modificado a lo largo del tiempo. Tradicionalmente, la OMS define en 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (como se citó en De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020). En esta investigación se difiere de esta concepción simplista por varias razones.

Al entender la salud únicamente como la ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, se plantea la salud y la capacidad como un estado ideal a alcanzar. Este enfoque limita la comprensión de la salud a un estado puramente físico.

En cambio, definir la salud como algo positivo, considerándola como capacidad y adaptación, supone aceptar que la salud está influenciada por factores psicológicos, culturales, sociales, económicos y políticos. Esta visión reconoce la relación entre los determinantes sociales y la salud, invitando a la sociedad y sus actores a intervenir activamente. Además, el ser humano es visto como una unidad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual en continua interacción con su entorno. La salud puede coexistir con la patología, la enfermedad y la discapacidad (Simó Algado et al., 2016, pp. 225-236).

Determinantes Sociales de la Salud

Según la OPS (2009), los determinantes sociales de la salud son las condiciones socioeconómicas y ambientales que influyen en la salud a lo largo de la vida de las personas. Comprender estos factores es clave para explicar por qué ciertas poblaciones tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas como la DM.

Las condiciones de vida de una población han sido moldeadas por factores históricos y estructurales que afectan su bienestar. Entre ellos se incluyen aspectos ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales, así como el acceso a servicios sanitarios, que representan la respuesta organizada de la sociedad para prevenir enfermedades y promover la salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda inadecuada, la mala alimentación, las condiciones de vida poco saludables en la niñez y el desempleo son factores que contribuyen significativamente a la mayoría de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud (De la Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020).

En el caso de la DM, estos factores impactan tanto en su desarrollo como en su manejo. La situación socioeconómica, el acceso a la educación, las condiciones laborales y el entorno social influyen en la adherencia al tratamiento y en la evolución de la enfermedad. Además, pueden generar barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud, afectando especialmente a poblaciones vulnerables (Fernández Lázaro, 2017).

Otros determinantes sociales vinculados con la DM, especialmente la tipo 2, incluyen factores como la accesibilidad a los servicios de salud, las dietas hipercalóricas, la inactividad física, las creencias sobre la salud, el género y la funcionalidad familiar (Pérez Rodríguez & Berenguer Gouarnaluses, 2015).

Vulnerabilidad

La vulnerabilidad es una condición que surge de la interacción de distintos determinantes sociales de la salud, lo que hace que algunas poblaciones enfrenten mayores riesgos y dificultades en el manejo de su salud.

El concepto de vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad de ser dañado o herido, al hecho de que todos los seres humanos somos inherentemente precarios (Pérez, 2019).

Existen dos corrientes de pensamiento principales sobre la vulnerabilidad: La “vulnerabilidad ontológica”, la cual se concibe como la condición compartida por todos los seres humanos de poder ser dañados y, en último término, perder la vida; y la “vulnerabilidad social o situacional”: referida a las condiciones que generan desigualdades en los grados de vulnerabilidad que una persona puede enfrentar, a causa de una distribución desigual de recursos o capacidades. Se produce a partir del entrecruzamiento entre la persona y su entorno, apareciendo en determinado contexto, generando que estas desigualdades estructurales den lugar a situaciones donde las personas son más propensas a sufrir determinados daños (Liedo, 2021).

Esta concepción de la vulnerabilidad ontológica desmiente que exista la posibilidad de no ser nunca dañado y de no depender de otros. Por ello este concepto está estrechamente ligado a la Interdependencia: la necesidad humana, esperable y normal de necesitar de otros y de sus cuidados. La vida y supervivencia depende de una “red social de manos”, incluyendo estructuras horizontales y verticales de cuidado (Butler, 2009).

La atención a la vulnerabilidad y el cuidado han sido tradicionalmente desempeñados por grupos subordinados de la población, siendo las mujeres el caso paradigmático. El cuidado pertenece aún, en parte, a las esferas de lo privado y lo doméstico y muchas veces es invisibilizado y no reconocido socialmente, tales como la crianza de niños y el cuidado de personas dependientes (Kittay, 2019). Sin embargo, todas las personas, más allá de sus características propias y contextuales, necesitan de un otro/s en algún punto para vivir y sostener esa vida, incluyendo el cuidado de la salud.

Es por esto, que las redes de apoyo desempeñan un papel fundamental en la gestión de la salud, especialmente en personas con DM, debido a la cronicidad de la enfermedad, las complicaciones asociadas, los costos económicos y la necesidad de ajustar rutinas diarias. Un entorno

de apoyo no solo brinda sostén emocional e instrumental, sino que también influye en la adherencia terapéutica. Personas con familiares y amigos involucrados en su cuidado tienden a seguir mejor el tratamiento. Informar y comprometer a estas redes en el proceso puede fortalecer significativamente el bienestar y la calidad de vida de la persona (OMS, 2004).

Interseccionalidad

El enfoque de los determinantes sociales de la salud, la perspectiva social de la salud y la enfermedad, y los campos de la salud pública y la salud colectiva han considerado durante mucho tiempo los marcadores sociales como la clase, el género y la raza/etnia como referencias importantes para analizar las diferencias y desigualdades en salud (Couto et al., 2019).

La interseccionalidad es una herramienta analítica y una perspectiva teórico-metodológica de carácter transdisciplinar que surgió a finales de la década de 1980 en el contexto del activismo feminista negro en Estados Unidos.

Este paradigma de investigación se centra en el análisis y reconocimiento de que las desigualdades o privilegios del sistema se configuran a partir de la superposición de diversos factores o marcadores sociales como el género, la etnia o raza, la clase social, la discapacidad, la localización geográfica y el estatus socioeconómico de las personas, entre otros.

Este enfoque no puede ser reducido a un solo determinante, sino que se presenta en una compleja interacción de múltiples dimensiones que, en conjunto, configuran las desigualdades existentes en el proceso de salud-enfermedad-atención de las personas.

Por ello, esta herramienta es esencial para comprender y abordar dichas desigualdades en el ámbito de la salud pública y colectiva, principalmente al aportar una perspectiva que enriquezca y permita visibilizar estas disparidades, y así desarrollar políticas públicas que busquen mitigarlas o reducirlas.

En el contexto de la presente investigación, la interseccionalidad se presenta como una perspectiva esencial para pensar de manera integral las diversas dimensiones que afectan la experiencia de salud de las personas. Al aplicar este enfoque, se pretende comprender mejor y de una manera más realista, cómo la superposición de los factores anteriormente mencionados influyen en la manera en que las personas viven y manejan su condición de DM.

En este sentido, la interseccionalidad permite a los investigadores no solo identificar las desigualdades y barreras específicas que enfrentan las personas diabéticas, sino también entender cómo estas múltiples dimensiones interactúan para crear experiencias únicas de salud y enfermedad. Por ejemplo, una mujer de una minoría étnica y con bajos ingresos puede enfrentar desafíos particulares en el acceso a recursos de salud, en la adherencia a tratamientos y en la recepción de apoyo adecuado en comparación con otros grupos (ParlAmericas, s.f.). Asimismo, algo similar sucede con personas que tienen a otros individuos a su cuidado, ya sea niños o adultos, las cuales también pueden encontrar dificultades para gestionar adecuadamente su propia salud.

Para comprender las múltiples dimensiones que interactúan y condicionan los procesos de salud, enfermedad y atención, es necesario abordarlas desde una perspectiva social que las incluya, permitiendo un enfoque más adecuado e integral.

Paradigma Social de Terapia Ocupacional

El paradigma social en TO pone énfasis en la influencia de los contextos sociales, culturales y ambientales en la salud y la ocupación de las personas. Este enfoque considera que la salud no es solo un estado individual, sino que está profundamente influenciada por la interacción de la persona con su entorno y las estructuras sociales que la rodean.

La práctica de la TO es tan diversa como las necesidades de los individuos y comunidades que atiende. El desafío invita a la reflexión, cuestionamiento y análisis continuo con el objetivo de mejorar las intervenciones a la comunidad, creando una profesión que dé respuesta a los retos ocupacionales de la humanidad, originados por causas físicas, sociales, psicológicas o medioambientales. La TO capacita a personas, grupos y comunidades para que puedan desarrollar un proyecto de vida a partir de ocupaciones significativas. Su finalidad es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde cada persona participe como ciudadano de pleno derecho experimentando bienestar. Además, no se debe pasar por alto la comprensión de la persona como ser ocupacional y entender cómo los condicionantes sociales, políticas, económicas y ecológicas determinan el bienestar ocupacional de los individuos.

La TO comunitaria o la TO social son ejemplos de este paradigma, diferenciándose de las prácticas anteriores de la profesión y apareciendo como reconocidas y necesarias para la comunidad científica. De manera similar, la dimensión política de la TO asume que el rol y el ejercicio profesional conlleva decisiones inherentes de los terapeutas ocupacionales, así como intervenciones que desarrollan aspectos de la ciudadanía centrados en los derechos humanos (Morrison et al., 2011).

Terapia Ocupacional Comunitaria.

Diversos modelos de TO (como el MOHO, el modelo canadiense, el modelo australiano, entre otros) han tratado de explicar los problemas en el desempeño ocupacional basándose en la relación dinámica entre la persona, el entorno y la ocupación. Este importante cambio de paradigma ha llevado a los terapeutas ocupacionales a replantearse nuevas formas de relación con las personas y dirigir la atención hacia su entorno más inmediato.

No obstante, este enfoque aún no cuestiona completamente las causas sociales y las condiciones estructurales que conducen a situaciones de enfermedad y discapacidad. La inclusión del discurso de las personas con discapacidad, ha permitido avanzar hacia una perspectiva de salud y capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social. Desde este punto de vista, las causas que originan la enfermedad y la discapacidad son predominantemente sociales.

El modelo social de la discapacidad, exponente de esta perspectiva, sostiene que las personas con deficiencias son discapacitadas debido a las desventajas estructurales en una sociedad diseñada por y para personas sanas y capaces. Plantear un concepto de salud desde una perspectiva de derechos

implica proponer estrategias dirigidas a provocar cambios en la sociedad, especialmente para crear acceso e igualdad de oportunidades para todos (Simó Algado et al., 2016, pp. 225-236).

Justicia Ocupacional.

En Terapia Ocupacional, desde esta perspectiva de salud, se ha desarrollado la teoría de la justicia ocupacional, cuyo propósito, según Wilcock y Townsend (2006, como se citó en Simó Algado et al., 2016), es:

Poner atención en el hecho de que muchas personas en el mundo están restringidas, privadas y alienadas de la posibilidad de participar en ocupaciones que les proporcionen satisfacción, significado y equilibrio personal, familiar y/o comunitario a través de lo que hacen (pp. 227-228).

Es crucial comprender a las personas como seres ocupacionales; lo cual implica la comprensión de cómo los condicionantes sociales, políticos, económicos y ecológicos afectan el bienestar ocupacional. El hacer de la T.O implica promover cambios sociales y económicos que faciliten el acceso de las personas a ocupaciones significativas (Algado, 2015).

La Carta de Ottawa marca el punto de arranque en la salud comunitaria, definiendo la acción comunitaria para la salud como los esfuerzos colectivos de las comunidades para aumentar su control sobre los determinantes de la salud –incluyendo factores personales, sociales, económicos y ambientales– y, por ende, mejorar su bienestar.

La intervención con la comunidad puede concebirse de dos maneras: considerando a la comunidad como destinataria de las acciones o como protagonista activa de las mismas, y de los programas, proyectos y actividades. La meta es fomentar el desarrollo comunitario mediante la implicación de los miembros de la comunidad en la creación de sus propias estrategias. Se busca crear espacios de encuentro y fomentar la participación en ocupaciones colectivas que promuevan la interacción positiva, la creación de redes y la transformación comunitaria, incluyendo especialmente a aquellos en situación de marginación y exclusión (Simó Algado et al., 2016).

Capítulo 3: Salud Pública

Esta investigación se desarrolla en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA). En este marco, resulta imprescindible profundizar en los conceptos de salud pública, sus implicancias y los niveles de atención, con el fin de comprender el contexto en el que se diseñan e implementan estrategias de intervención. Este capítulo se centra en los programas de salud pública orientados a la DM, con especial énfasis en el Taller de Diabetes del HIGA, espacio donde se llevó a cabo esta investigación. A través de este análisis, se busca ofrecer una visión integral sobre el abordaje de esta condición en el contexto de un hospital público y su impacto en la comunidad.

Salud Pública

El acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, tanto preventivos como curativos, también desempeña un papel crucial en el estado de salud.

La justicia social es la base de la salud pública y se manifiesta en la equidad en salud, que se refiere a la ausencia de desigualdades evitables, injustas o remediabiles entre diferentes grupos de la población, permitiendo así alcanzar el máximo potencial de salud y bienestar. Estas desigualdades surgen a partir de los determinantes sociales de la salud (Arias-Uriona, et al., 2023).

La Salud Pública es una actividad dirigida a mejorar la salud de la población, y tiene la gran responsabilidad social de promover el desarrollo pleno y sano de los individuos y las comunidades. La OMS (1998) a partir de una referencia adaptada al “informe Acheson”, define a la salud pública como “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad” (p.12).

La salud es un derecho colectivo, público y social que involucra no sólo el acceso a las prestaciones básicas de salud, sino también a su mantenimiento y regularidad a través del tiempo. Su garantía incumbe principalmente al Estado, más aún en personas en situación de vulnerabilidad.

En lo que respecta al sistema de salud en Argentina, éste está compuesto por tres subsectores principales: el público, el de seguridad social y el privado. En los años setenta, se estableció un esquema institucional que combinaba el sector público con un sistema de seguridad social, logrando una cobertura amplia. Sin embargo, actualmente se caracteriza por una alta fragmentación, especialmente debido al desarrollo de las obras sociales, que son instituciones de salud vinculadas a sindicatos específicos (Oficina de Presupuesto del Congreso [OPC], 2021). En Argentina, la DM ha sido identificada como un problema de salud pública creciente. Por eso se la debe abordar a través de políticas de prevención, educación y tratamiento accesibles y efectivos, por ello se han implementado programas para mejorar la detección temprana, el manejo de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables, dentro de ellos el Taller de Diabetes del HIGA, el cual se aborda más adelante en este capítulo.

Niveles de Atención, Prevención y Promoción de la Salud

Niveles de Atención.

Son una forma organizada de distribuir los recursos en tres niveles distintos, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos:

- Nivel de Atención Primaria (Primer Nivel): Comprende los Centros de Salud y las Unidades Sanitarias, que son el primer punto de contacto de los individuos con el sistema de salud. Se enfocan en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico temprano y tratamiento básico de enfermedades comunes.

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 representó un avance para superar los modelos biomédicos centrados en la enfermedad, los cuales privilegiaban servicios curativos y caros basados en establecimientos de segundo y tercer nivel. En cambio, se promovieron modelos basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a costos razonables para la población (Vignolo et al., 2011).

- Nivel de Atención Secundaria (Segundo Nivel): Incluye los hospitales generales de mediana complejidad. Proporciona atención más especializada que la atención primaria, con servicios de diagnóstico y tratamiento más complejos que los ofrecidos en la misma.
- Nivel de Atención Terciaria (Tercer Nivel): Se refiere a los hospitales y centros de salud de alta complejidad, que ofrecen atención altamente especializada y tratamientos avanzados para enfermedades complejas y graves. Incluye centros de investigación y formación de recursos humanos en salud (Universidad Católica de Cuyo, s.f.).

Prevención de la Enfermedad.

Se enfoca en identificar y reducir factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo de enfermedades. Esto puede incluir programas de detección temprana y políticas de salud públicas.

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: 1. Prevención Primaria: Medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades; 2. Prevención Secundaria: Detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades; 3. Prevención Terciaria: Rehabilitación y prevención de complicaciones de enfermedades ya establecidas.

Promoción de la Salud.

A diferencia de la prevención de enfermedades, se enfoca en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y comunidades para mejorar su salud y bienestar general, más allá de evitar enfermedades específicas. Trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, enfatizando en investigar cómo pueden estas protegerse o volverse resilientes, y utilizar determinantes favorables para impulsar su bienestar (Vignolo et al., 2011).

Sistema de Salud Pública en Mar del Plata

El Sistema Público de Salud se divide en tres niveles de gestión: Nacional, Provincial y Municipal. A nivel nacional, se encuentra el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS). A nivel provincial, se incluyen: el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” (HIEMI). Por último, a nivel municipal, se cuenta con numerosos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) en diversos barrios para medicina preventiva y atención básica, y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA).

Dentro del sistema público de salud también se desarrollan programas de salud pública enfocados en la promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas, salud mental, vacunación, y salud sexual y reproductiva, entre otros.

Programas de Diabetes Mellitus

A Nivel Provincial.

En la Provincia de Buenos Aires, la Ley 11.620 establece el Programa de Prevención, Atención y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA). Este ofrece cobertura en las 12 regiones sanitarias e incluye insulinas, antidiabéticos orales, jeringas, agujas y tiras reactivas para el control de glucosa, entre otros insumos, a personas que no tienen cobertura médica (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s.f.).

A Nivel Municipal.

El programa Municipal de Diabetes, en articulación con el PRODIABA cumple con la función de la distribución de los insumos estipulados por el mismo, además de la realización de actividades en los distintos CAPS de la ciudad sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y los hábitos saludables.

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende” (HIGA)

En este apartado se caracterizará al HIGA debido a que es la Institución donde se desarrolla el Taller pertinente a esta investigación. Es un hospital de referencia de la Región Sanitaria VIII de la provincia, que atiende personas de los distritos de Tandil, Necochea, Balcarce, Pinamar, Villa Gesell, Madariaga y Vidal, proporcionando atención médica especializada y de alta complejidad. Este hospital se caracteriza por ofrecer una amplia gama de servicios médicos, que incluyen emergencias, internaciones, cirugías, diagnósticos y tratamientos especializados. Además, juega un papel crucial en la formación de profesionales de la salud a través de sus programas de residencia y docencia (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s.f.).

Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA)

A fin de favorecer el acercamiento real a la enfermedad de las personas que concurren al servicio del HIGA por su DM, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas en el contexto familiar y comunitario, ha surgido el desarrollo de talleres educativos con el fin de transmitir información para concientizar y acrecentar sus

conocimientos para el buen manejo de la enfermedad contribuyendo al control y a la prevención de complicaciones agudas y crónicas.

La DM es una de las principales razones de consulta en atención primaria y sus complicaciones resultan en frecuentes hospitalizaciones, representando un desafío para el tratamiento y un aumento en los costos de salud pública. La creciente demanda y los prolongados tiempos de espera para consultas individuales en el hospital han llevado a la implementación de estos talleres como una estrategia para ofrecer atención personalizada y un mejor seguimiento de las personas.

Este enfoque beneficia tanto a los profesionales de salud, permitiendo un trabajo interdisciplinario y reduciendo la demanda de consultas individuales, como a las personas y sus familias, proporcionando educación de calidad y un abordaje integral.

El Taller se realiza en dos ciclos por año: marzo-julio y agosto-diciembre, los encuentros duran 60 minutos cada uno, y se llevan a cabo todos los días martes de cada mes, a las 11:00 horas. Son planificados y coordinados por un equipo interdisciplinario que incluye los Servicios de Endocrinología, Nutrición, TO, Trabajo Social y Enfermería. Los temas cubiertos en este taller son: Información sobre la DM: tipos de DM y factores de riesgo; Alimentación adecuada; Ejercicio físico; Complicaciones agudas y crónicas; Tabaquismo; Cuidado del Pie diabético; Fármacos orales: cumplimiento del tratamiento, manejo de efectos adversos; Insulina: pautas, técnica, ajuste de la dosis; Hipoglucemia; Situaciones especiales: viajes, enfermedades intercurrentes, etc. Además, en encuentros específicos se invita a profesores de educación física y de zumba.

El mismo está destinado a personas con DM, sin embargo, además pueden asistir familiares de los participantes para brindarles acompañamiento.

Esta estructura integral de talleres educativos no solo mejora el manejo de la DM entre las personas, sino que también facilita una mejor calidad de vida al promover prácticas preventivas y educativas, las cuales han demostrado ser eficaces para tratar una enfermedad crónica y compleja como la DM y sus complicaciones asociadas (Moya et al., 2016).

El Rol de la Terapia Ocupacional en el Taller de Diabetes

En el Taller de Diabetes, la TO desempeña un rol crucial en la planificación, brindando la mirada característica de la profesión. En conjunto con un equipo interdisciplinario buscan concientizar a la comunidad, promover hábitos saludables y prevenir complicaciones. Su intervención abarca varias funciones, entre ellas:

- Actividad Física: La TO organiza charlas sobre la importancia del ejercicio, proporcionando recomendaciones sobre tipos de ejercicios, frecuencia, entre otros aspectos.
- Cuidado del Pie Diabético: Ofrece educación sobre la revisión diaria de los pies, la elección de calzado adecuado y las prácticas de higiene para prevenir problemas como úlceras e infecciones.

- Organización de la Vida Diaria: Ayuda a los participantes a planificar y organizar sus actividades diarias, incluyendo la preparación de comidas saludables, la toma de medicamentos y el monitoreo de glucosa.

En conjunto con las otras disciplinas que componen la dirección del Taller, la TO apoya a los participantes en la integración de cambios positivos en su vida diaria (Residencia de Terapia Ocupacional del HIGA “Dr. Oscar Alende”, comunicación personal, 6 de mayo de 2024).

En síntesis, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, combinadas con la educación en el Taller de Diabetes y el apoyo de la TO, forman un enfoque integral para el manejo de la DM. Con una oportuna y adecuada atención se pueden mitigar sus efectos, controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

En el Taller de Diabetes, la educación es fundamental. Estos talleres proporcionan a las personas con DM y sus familias información crucial sobre la Gestión de la Salud en DM. La educación continua y el apoyo en estos talleres empoderan a las personas, fomentando su autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud: Siempre desde la perspectiva de TO comunitaria, con una mirada que incluye la justicia ocupacional, es decir, que busca promover cambios sociales y económicos que faciliten el acceso de las personas a ocupaciones significativas.

Por ello, la TO juega un papel vital en el manejo de la DM. Los Terapistas Ocupacionales trabajan con las personas con DM para desarrollar estrategias adaptadas al contexto, que les permitan integrar prácticas saludables en su vida diaria, mejorar su capacidad funcional y mantener su independencia. A través de la TO, se abordan aspectos como la planificación de actividades, la gestión del tiempo y la modificación de entornos, todo orientado a facilitar una vida activa y saludable.

Capítulo 4: Gestión de la Salud

Recorrido Teórico

En la búsqueda del desarrollo conceptual de este estudio, se han encontrado distintos conceptos para definir y delimitar la variable de investigación. Estas múltiples definiciones colocan su énfasis en ciertos aspectos del fenómeno, haciendo que tengan similitudes entre ellas, pero sin hablar específicamente de lo mismo.

Por ello, se propuso realizar un análisis teórico exhaustivo de estos conceptos, los cuales fueron utilizados en esta investigación como base para elaborar una definición propia. Esta definición abarca diversos aspectos considerados relevantes y facilita la delimitación del estudio.

Se comienza definiendo los distintos términos según diferentes autores que estudiaron sobre el tema.

Según Valerio Guevara (2022), el autocuidado abarca la participación del individuo en su tratamiento y en la educación de su salud, incluyendo aspectos emocionales, psicológicos, biológicos y sociales. Implica involucrarse en actividades que promuevan la salud. Destaca su importancia, especialmente para enfermedades crónicas. El término usado fue discutido, también se consideró autogestión, autocontrol, autoayuda y autotratamiento.

Para que el autocuidado sea óptimo es fundamental considerar ciertos principios. Estos incluyen el conocimiento de la enfermedad, la participación activa en la toma de decisiones junto a los profesionales de la salud, la capacidad de monitorear y controlar los síntomas, la evaluación de los impactos en la vida emocional, física y social, y la adopción de rutinas y estilos de vida saludables. Además, delimita el término “autocuidado” con las subdimensiones dieta, ejercicio y control glucémico.

Castaño y Scarpati (2003) definen el autocuidado de pacientes con DM2 como las acciones que la persona diabética debe llevar a cabo a lo largo de su vida para mantener su salud y mejorar su calidad de vida. Incluyen la evaluación de la salud y la toma de decisiones.

La evaluación de la salud comprende aspectos que permiten a la persona entender su proceso de salud/enfermedad y actuar en consecuencia. Incluye acciones de reconocimiento: conocimiento sobre la DM, sus complicaciones agudas y crónicas, y su tratamiento (con sus pilares fundamentales, dieta, ejercicio y medicación), identificación de factores de riesgo y participación en programas de educación diabetológica; y acciones de maniobra práctica: cómo actúa la persona para el cuidado de su enfermedad, implica la medicación y el autocontrol de glucosa en sangre y orina.

La toma de decisiones abarca acciones de maniobra práctica, en las áreas ocupacionales, como la adopción de una dieta equilibrada, el seguimiento de horarios de comida, el cuidado adecuado de la piel, en especial de los pies (calzado adecuado, hidratación), la realización de ejercicio físico regular y la gestión del trabajo y el tiempo libre de manera saludable.

Respecto al término Autoatención, Menéndez (2003) se refiere a las representaciones y prácticas que las personas y comunidades utilizan para abordar aspectos relacionados con su salud, ya

sea para diagnosticar, controlar, aliviar, curar o prevenir problemas de salud, reales o imaginarios, sin depender directamente de la intervención de profesionales de la salud. Se trata de una actividad constante que surge de los propios individuos.

No solo abarca la atención y prevención, sino también actividades como la preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, así como la obtención y el uso del agua, entre otras. Implica tomar decisiones, como la auto prescripción y el uso de tratamientos.

Un término utilizado como equivalente es el de "autocuidado", que surge de la biomedicina a partir del concepto de estilo de vida. El autocuidado se refiere a las acciones realizadas por las personas para prevenir padecimientos y favorecer aspectos de salud positiva. Menéndez lo considera un concepto individualista, en contraste con la autoatención, que es un concepto y proceso más inclusivo con un enfoque más colectivo y un carácter principalmente grupal y social. El autocuidado es una variante de la autoatención, ambos pueden incluir actividades preventivas y de tipo asistencial, pero no son términos equivalentes. En la práctica, el autocuidado tiende a excluir las condiciones de vida que hacen posible que las actividades de autocuidado y estilos de vida fracasen o sean exitosas.

La autoatención representa el primer nivel real de atención.

Es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial – y subrayo lo de potencial – de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes (Menéndez, 2003, p. 23).

El autocuidado y la autoatención pueden considerarse similares, ya que ambos implican prácticas de salud llevadas a cabo de manera informal, generalmente en el hogar. Sin embargo, para Haro Encinas (2000) el autocuidado cotidiano se centra en el individuo o en el grupo familiar, mientras que la autoatención de la salud se refiere a las prácticas relacionadas con una enfermedad o sufrimiento, que suelen activar respuestas colectivas y pueden involucrar tanto al grupo familiar como a las redes sociales de apoyo.

Otro término similar elegido es el de Adherencia. Según la OMS (2004) se define Adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta y/o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el proveedor de salud” (p.17).

Esta definición reconoce que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras. Además, destaca tanto la colaboración y responsabilidad de la persona como la del equipo de salud interviniente.

En cambio, Valentín Fuster (2012), desarrolla dos conceptos distintos para diferenciar las acciones llevadas a cabo en el proceso de un tratamiento de salud: el término cumplimiento o conformidad del sujeto, a los que refiere como una serie de recomendaciones que conllevan una

participación pasiva por su parte y se refiere a decisiones que afectan a sus hábitos y estilo de vida, las cuales suelen ser fluctuantes y están relacionadas con el comportamiento particular de una persona. Por ejemplo, al intentar dejar de fumar, suele conseguirse por un tiempo y a menudo se reincide en el hábito.

Por otro lado, la adherencia se refiere específicamente a la medicación y tiene que ver con el grado en que un sujeto cumple la pauta terapéutica prescrita por su médico. La adherencia, a diferencia del cumplimiento, es un término categórico que implica la participación activa de esa persona: se sigue o no se sigue un determinado tratamiento y, por ello, se aplica con más propiedad a la medicación. Por su parte, Alcantarilla Roura et al. (2014) destaca la importancia de la relación con el médico en este punto. Él considera que el personal de salud debe transmitir con argumentos y persuadir, generando confianza para lograr una adecuada adherencia, y que la base de esto es una buena comunicación. Otro concepto es el de carga terapéutica, entendida como el conjunto de exigencias y responsabilidades que implica seguir un tratamiento médico, incluyendo la toma de medicamentos, la realización de cambios en el estilo de vida, el seguimiento de dietas específicas, y la asistencia a consultas médicas, que también debe ser conocida por el médico tratante. Sin embargo, se debe tener presente que la persona conserva en todo momento la potestad de seguir la indicación médica, y tomar la medicación prescrita, o no seguirla, y no tomarla. Por tanto, la adherencia al tratamiento es responsabilidad tanto del médico como del sujeto. Los autores señalan que al incrementar la carga terapéutica asumible se podría dificultar la gestión adecuada del tratamiento.

Otro término relevante es el de Alfabetización en Salud o sanitaria para el cual se han formulado muchas definiciones siendo la primera la realizada por el Comité Mixto sobre las normas de Educación sanitaria en 1995 (como se citó en Sorensen et al., 2012), que establece que la Alfabetización en salud es la capacidad de las personas para obtener, interpretar y comprender la información, los servicios sanitarios y la competencia para utilizar dicha información.

La OMS en 1998 definió la alfabetización sanitaria como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar la información de forma que promueva y mantenga una buena salud”.

Es en la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud (OMS, 1986) donde la alfabetización sanitaria encuentra el marco de referencia para desarrollarse. En la medida que las personas aprenden a tomar medidas sobre su propia salud, la misma mejora, y por ello la alfabetización se considera predictor para precisar el estado de salud de una persona.

En otras palabras, la alfabetización sanitaria empodera a la persona sobre cuidados adecuados, controles médicos, manejo de la enfermedad etc.

Por ello, como señala Sorensen et al. (2012), de estas definiciones se desprenden dos perspectivas: la clínica y la de salud pública. La perspectiva clínica incluye elementos que reflejan principalmente las competencias de las personas para moverse en el entorno sanitario, y la de salud

pública incluye dimensiones más allá del ámbito sanitario, como el entorno familiar, laboral y comunitario.

Según Nuttbeam (2000), la alfabetización en salud es un concepto relativamente nuevo en el ámbito de la promoción de la salud. Se entiende como un término adecuado para describir una serie de resultados derivados de actividades de educación para la salud y comunicación. Desde esta perspectiva, la educación para la salud constituye el proceso que abarca diversas intervenciones y actividades dirigidas a mejorar la alfabetización en salud. Esta última representa el resultado del proceso, caracterizado por un aumento en el conocimiento, una mayor motivación y la adquisición de competencias para acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud o el entorno.

En cuanto al manejo de la salud, el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional define esta ocupación como “actividades relacionadas con el desarrollo, gestión, y mantenimiento de rutinas de salud y bienestar, incluida la autogestión, con el objetivo de mejorar o preservar la salud para apoyar la participación en otras ocupaciones” (AOTA, 2020). Esta incluye: la promoción y mantención de la salud social y emocional; el manejo de síntomas y afecciones; la comunicación con el sistema de salud; el manejo de medicamentos; la actividad física; el manejo nutricional; y el manejo de dispositivos de cuidado personal.

Visto de esta manera el manejo de la salud se incluye dentro de varias esferas dirigidas no solo a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad individual sino un abordaje en salud más poblacional.

Shen y Shen (2019) explican el concepto “diabetes self-management”, el mismo se puede traducir como autogestión o autocontrol de la DM, y se refiere al manejo personal de la enfermedad, donde las personas se responsabilizan de aspectos como la alimentación, la actividad física, la terapia con insulina y el control de la glucosa en sangre. No se trata de una sola acción, sino de una serie compleja y dinámica de comportamientos que están influenciados por las circunstancias sociales, ambientales y personales.

Definición de la Variable

Después de analizar detenidamente diversas definiciones y conceptos relacionados, en esta investigación se determinó como variable de estudio la "Gestión de la Salud". La misma consiste en todas aquellas acciones y prácticas que permiten promover, mejorar y recuperar el estado de salud de las personas, apropiándose de su bienestar y comprometiéndose con él, al adoptar diversas medidas.

Se reconoce que la Gestión de la Salud no es una cuestión individual sino más bien un proceso dinámico y colectivo, influido por circunstancias sociales, políticas, económicas y culturales, que actúan como factores protectores o como noxas sobre la misma.

El desarrollo de las prácticas de la gestión de la salud es llevado a cabo por el individuo, siendo éste el principal artífice de este proceso, pero no el único responsable del mismo. No se obvia el rol que desempeñan los profesionales de la salud, si bien no son quienes toman las decisiones, su

influencia es significativa, ya sea al comunicar información vital, instruir sobre el uso adecuado de medicamentos o informar sobre las complicaciones de las enfermedades, entre otras acciones.

Asimismo, se otorga gran importancia a las condiciones de vida que facilitan o interfieren en la adopción de estos cuidados necesarios para la salud, como la situación laboral, las responsabilidades familiares, el cuidado de otros y la crianza, el nivel socioeconómico y educativo, el lugar de residencia, el género, el estado civil, las redes de apoyo, entre otros.

En cuanto a la Gestión de la Salud en DM, abarca una amplia gama de actividades, que se pueden agrupar en tres categorías relacionadas a: el estilo de vida: los hábitos de alimentación recomendados y la práctica de ejercicio físico; el manejo de la DM que incluye: el cuidado de los pies, la adherencia al tratamiento farmacológico, el autocontrol de los niveles de glucosa y la asistencia a citas con diversos profesionales de la salud; y la educación en DM que implica la participación en talleres de promoción de la salud en DM.

La salud y el bienestar son condiciones esenciales para la autopercepción positiva y también la base que permite y sobre la que se apoya la participación en otras ocupaciones que son significativas y que dan un sentido de identidad único. Por eso se considera tan importante que la persona se apropie de la gestión de su salud.

Prácticas de Gestión de la Salud en DM

Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas al Estilo de Vida.

El estilo de vida saludable es un enfoque integral que implica la adopción de hábitos que favorezcan el bienestar físico, mental y social de los individuos. Según Moya et al. (2016), un estilo de vida saludable es clave en el manejo de la DM y se fundamenta en tres pilares principales, una alimentación adecuada, ejercicio físico regular y la prevención de conductas de riesgo.

Según las guías ALAD (2019), se recomienda realizar ejercicio físico de forma regular. En particular, se aconseja practicar al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, distribuidos en 3 a 5 días. Esta práctica contribuye a mejorar la sensibilidad a la insulina y a mantener un peso corporal saludable.

Un pilar fundamental son los hábitos de alimentación saludable, estos deben incluir cuatro o cinco comidas al día, con un buen equilibrio de macronutrientes. Se deben priorizar carbohidratos de bajo índice glucémico, como verduras y frutas frescas, legumbres y granos enteros, mientras que los azúcares añadidos deben ser limitados. Las proteínas deben provenir de fuentes magras como carnes, pescados, huevos y legumbres. La hidratación adecuada también es un hábito saludable (ALAD, 2019).

Además de lo mencionado, y en línea con la promoción de un estilo de vida saludable, es fundamental educar a las personas sobre los efectos nocivos del consumo de cigarrillo, alcohol y otras drogas, así como sobre la importancia de gestionar el estrés de manera adecuada para prevenir complicaciones cardiovasculares y metabólicas. Adoptar estos hábitos no solo favorece el control de la DM, sino que también ayuda a reducir el riesgo de desarrollar otras ECNT (ALAD, 2019).

Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas al Manejo de la DM.

El manejo de la DM requiere un enfoque integral que combine diversas estrategias para optimizar el control de la enfermedad y prevenir complicaciones. Dentro de estas estrategias se incluyen el desarrollo de hábitos y prácticas orientadas al autocuidado, la adherencia al tratamiento y el seguimiento médico.

Para la adecuada prevención del pie diabético, es fundamental la educación en el cuidado e higiene de los pies. Según el Ministerio de Salud (2021) se recomienda la inspección diaria del dorso, planta y espacios interdigitales utilizando un espejo para identificar posibles lesiones, cambios de color, inflamación o ulceraciones. Además, es esencial un lavado diario y un secado cuidadoso. El cuidado de la piel y las uñas también es clave para prevenir complicaciones. Se aconseja hidratar la piel con cremas y cortar las uñas en línea recta. Es fundamental advertir a la persona con DM sobre la importancia de acudir a la guardia médica, ante la aparición de lesiones, cambios en la temperatura o color de los pies y realizar controles periódicos al menos una vez al año.

La adherencia al tratamiento farmacológico es fundamental para el manejo de diversas enfermedades, en especial las crónicas. La medicación, como una de las principales modalidades de tratamiento de la DM, requiere un seguimiento adecuado para optimizar los resultados terapéuticos y prevenir complicaciones derivadas de su discontinuidad. Al respecto, Morisky y Green (1986) recomiendan no olvidar la toma de los medicamentos, respetar los horarios indicados y no suspender el tratamiento, incluso si la persona se siente bien o si en algún momento la medicación le genera malestar.

Las personas con DM suelen presentar comorbilidades, lo que, sumado a los regímenes médicos complejos, influye significativamente en la adherencia al tratamiento y puede comprometer la misma (OMS, 2004). El manejo de diversas afecciones de salud requiere una respuesta integral y sostenida en el tiempo, con la participación coordinada de distintos profesionales de la salud. Esto implica una mayor demanda de atención, asistencia y cuidados sanitarios en comparación con quienes padecen una única enfermedad crónica. Asimismo, las personas con múltiples enfermedades crónicas suelen necesitar más prescripciones médicas (polimedicación), lo que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas, errores en la prescripción, sobredosificación y un uso inadecuado de los medicamentos. Estos factores pueden afectar la adherencia al tratamiento y favorecer la aparición de efectos adversos. Además, esta situación genera que los costos sean significativamente más elevados (Fernández Lázaro, 2017).

Por su parte, el control glucémico estricto, tanto como el control de la presión arterial y de lípidos, son esenciales para la prevención de complicaciones progresivas de la DM. Por ello, las personas con DM, deben chequear a diario su nivel de glucosa en sangre a través de un glucómetro, como medida esencial para controlar la enfermedad. Las tiras reactivas son componentes clave en el uso de este dispositivo, sin estas no es posible la medición de la glucemia. Los resultados pueden ayudar a tomar decisiones sobre la alimentación, la actividad física y la medicación (NIDDK, 2023).

La asistencia a citas con diversos profesionales de la salud es otro pilar fundamental en el tratamiento de la DM, ya que permite un control adecuado de la enfermedad y la aplicación de estrategias personalizadas. La participación en consultas con médicos, nutricionistas y otros especialistas, como terapeutas ocupacionales, favorece la detección temprana de complicaciones, el ajuste del tratamiento y la consolidación de hábitos saludables. Además, seguir las recomendaciones de estos profesionales es clave para mejorar la adherencia terapéutica (Tejera Pérez, 2023).

El enfoque multidisciplinario resulta una estrategia efectiva en la gestión de la DM, ya que promueve una atención coordinada y centrada en la persona. La colaboración entre distintos especialistas no solo optimiza la planificación del tratamiento, sino que también fortalece la toma de decisiones compartida y asegura la continuidad de los cuidados, aspectos esenciales para un manejo integral de la enfermedad (Tejera Pérez, 2023).

Otro punto a considerar es la comunicación y relación entre el profesional de la salud y la persona, ya que siguiendo a Fuster (2012) y Alcantarilla Roura et al. (2014), esta es una de las principales variables que condicionan la adherencia al tratamiento. El personal de salud debe generar confianza y la base de esto es una buena comunicación.

Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas a la Educación en DM.

La educación en DM es un pilar fundamental en la gestión de la salud, ya que permite a las personas adquirir herramientas para su autocuidado. La participación activa en los talleres de promoción y prevención de la salud es fundamental para fortalecer el aprendizaje y la capacidad de toma de decisiones en relación con la DM. Estos espacios deben diseñarse de manera que los participantes asuman un rol protagónico en su propio bienestar, desarrollando habilidades a través de un enfoque práctico, que luego puedan generalizar a su vida cotidiana. De esta forma, se potencia la autonomía, el empoderamiento y la motivación, permitiendo no solo la adquisición de conocimientos, sino también su aplicación y socialización en un entorno colaborativo. Desde la perspectiva del "aprender haciendo", los talleres integran teoría y práctica, generando un espacio dinámico en el que los participantes pueden interactuar, compartir experiencias y resolver inquietudes de manera colectiva (Hernández Díaz et al., 2014).

Siguiendo las Guías ALAD (2019), un programa bien estructurado, para lograr los objetivos esperados, debe tener una durabilidad de más de 2 años en el que se recomiendan encuentros semanales o al menos varios encuentros mensuales, siendo los primeros 6 meses de suma importancia para lograr cambios significativos que impacten en la salud. Asimismo, las intervenciones más exitosas son las grupales, impartidas por un educador en DM y con participación activa de los sujetos.

La participación activa y constante permite que los participantes puedan identificar y aplicar estrategias que favorezcan su bienestar diario, adaptándolas a sus propias necesidades y circunstancias.

A lo largo de este capítulo, se ha resaltado la importancia de las estrategias de gestión de la salud en personas con DM, abarcando tanto el manejo de la enfermedad como la promoción de un

estilo de vida saludable y la educación en DM. Todas estas prácticas desempeñan un papel clave en el control de la patología y en la prevención de sus complicaciones.

En este marco, es fundamental destacar el rol de la TO dentro del equipo interdisciplinario. Su participación contribuye a la creación de espacios participativos donde las personas no solo adquieren conocimientos sobre el manejo de su enfermedad, sino que también desarrollan habilidades prácticas para aplicarlos en su vida cotidiana de manera efectiva.

Metodología

Tema

Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024.

Problema de Investigación

¿Cómo es la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024?

Objetivo General

Analizar la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024.

Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas, clínicas y contextuales de la población de estudio.
- Describir las prácticas de gestión de la salud relacionadas al estilo de vida.
- Describir las prácticas de gestión de la salud relacionadas al manejo de la Diabetes Mellitus.
- Describir las prácticas de gestión de la salud relacionadas a la educación en Diabetes Mellitus.

Enfoque, Diseño y Tipo de Estudio

El estudio se abordó desde un enfoque *cuantitativo*, porque fue guiado por un conjunto de procesos secuenciales, rigurosos y probatorios, en este caso la variable fue medida en un determinado contexto, luego se analizaron las mediciones obtenidas y se establecieron una serie de conclusiones respecto a las mismas.

El tipo de estudio es *descriptivo* ya que se limitó a describir la variable: cómo es, cómo se manifiesta, sus características, etc. Tiene un diseño de investigación *no experimental*, ya que no se manipularon deliberadamente las variables: se observaron situaciones ya existentes. El alcance del estudio es *transversal*, lo que implica que se recopilaban datos en un solo momento en el tiempo (Hernández Sampieri et al., 2010). Se describió la variable Gestión de la Salud en los participantes del Taller de Diabetes del HIGA, caracterizando sus dimensiones: las prácticas de gestión de la salud relacionadas al estilo de vida, al manejo de la DM y relacionadas a la educación en DM.

Descripción del Grupo de Estudio

El grupo de estudio quedó conformado por personas con DM, que asistían al Taller de Diabetes que se brinda en el HIGA de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2024. Sus edades oscilan entre los 35 y los 73 años y está compuesto por participantes de ambos sexos. Dada la naturaleza abierta del Taller, la cantidad de los mismos fluctúa de acuerdo a las circunstancias de cada uno de ellos y sus posibilidades de asistir. Cabe destacar que éstos podían haber comenzado a participar desde hace años, meses o incluso ser la primera vez que asistieron cuando la recolección de datos fue llevada a cabo. La muestra final estuvo conformada por 24 participantes, en base a los siguientes

criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Personas que hayan asistido al Taller al momento de la toma del cuestionario
- Personas diabéticas y mayores de 18 años
- Firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personas que asistan al taller y que no sean diabéticas
- Manifestación verbal de no querer participar

Definición de la Variable: Gestión de la Salud

Definición Conceptual

Según la bibliografía relevada anteriormente, en esta investigación se comprende a la Gestión de la Salud como todas aquellas acciones y prácticas que permiten promover, mejorar y recuperar el estado de salud de las personas, apropiándose de su bienestar y comprometiéndose con él, al adoptar diversas medidas. No es una cuestión individual sino más bien un proceso dinámico y colectivo, influido por circunstancias sociales, políticas, económicas y culturales, que actúan como factores protectores o como noxas sobre la misma.

El desarrollo de las prácticas de la Gestión de la Salud es llevado a cabo por el individuo, siendo éste el principal artífice de este proceso. Sin obviar el rol que desempeña el sistema de salud, la sociedad y las condiciones generales de vida.

La Gestión de la Salud en DM abarca una amplia gama de actividades, que se pueden agrupar en tres categorías relacionadas a:

- Estilo de vida: hábitos de alimentación recomendados y práctica de ejercicio físico;
- Manejo de la DM: cuidado de los pies, adherencia al tratamiento farmacológico, autocontrol de los niveles de glucosa y asistencia a citas con diversos profesionales de la salud;
- Educación en DM: participación en talleres de promoción de la salud en DM.

Definición Operacional

La variable "Gestión de la Salud" se midió y evaluó en esta investigación a través de un cuestionario basado en las dimensiones que componen la variable, sus subdimensiones y sus indicadores específicos que reflejan las acciones y prácticas llevadas a cabo para promover, mejorar y recuperar la salud de las personas con DM.

Tabla 1

Variable Gestión de la Salud: Dimensiones, subdimensiones e indicadores

Dimensión: Estilo de Vida	
<i>Subdimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
Hábitos De Alimentación: Patrones y comportamientos relacionados con la manera en	- Número de comidas diarias - Tiempo entre comidas

que las personas seleccionan, consumen y piensan acerca de la comida. La alimentación adecuada incluye el consumo equilibrado de alimentos evitando carbohidratos y azúcares (ALAD, 2019).	- Frecuencia de consumo de frutas y verduras variadas - Frecuencia de consumo de alimentos con azúcar agregada y carbohidratos
Práctica de Ejercicio Físico: Actividades planificadas y destinadas a mantener o mejorar el estado físico a través del movimiento del cuerpo. La práctica de ejercicio recomendada debe ser de intensidad moderada con una duración total semanal de al menos 150 minutos distribuidos en 3 a 5 días (ALAD, 2019).	- Frecuencia de ejercicio físico - Duración de ejercicio físico - Tipo de ejercicio físico
Dimensión: Manejo de la Diabetes Mellitus	
<i>Subdimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
Cuidado de los Pies: Control, observación y medidas de higiene de pies. Se considera adecuado un cuidado diario. Se recomienda ir a la guardia frente a heridas.	- Frecuencia de la inspección de los pies - Medida ante la aparición de heridas en los pies
Adherencia al Tratamiento Farmacológico: Conductas destinadas al cumplimiento de medidas farmacológicas, prescripción y consejos médicos. La adherencia adecuada incluye respetar los horarios indicados.	- Test de Morisky-Green (Morisky., et al., 1986)
Autocontrol de los Niveles de Glucosa: Seguimiento regular de los niveles de azúcar en sangre. Incluye medir la glucosa mínimo 1 vez al día y registrar los resultados.	- Posee glucómetro - Frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre (veces por día) - Registro de niveles de glucosa
Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud: Implica la participación en consultas programadas con especialistas y el seguimiento de sus pautas, con la finalidad de controlar la DM.	- Asistencia a las citas con profesionales de la salud recomendadas - Seguimiento de las recomendaciones respecto al tratamiento - Valoración subjetiva de la respuesta a dudas
Dimensión: Educación en Diabetes Mellitus	
<i>Subdimensión</i>	<i>Indicadores</i>
Participación en Taller de Promoción de la Salud en Diabetes Mellitus: Asistencia voluntaria al taller de DM del H.I.G.A destinado a la promoción de la salud y prevención de las complicaciones asociadas a la DM. Incluye la generalización del conocimiento del Taller (capacidad para aplicar lo aprendido en el taller en la cotidianidad).	- Frecuencia y duración de participación en el Taller - Generalización del conocimiento del Taller

Otras Variables de Interés

La Gestión de la Salud en DM de las personas que participan del Taller de Diabetes del HIGA es una variable descrita como parte de esta investigación. Sin embargo, se considera que la misma es

llevada a cabo dentro de un contexto determinado, particular para cada persona. Por ello fue del interés de las autoras conocer las características pertinentes al mismo.

Se detallan entonces la variable del Perfil Sociodemográfico, constituida por las dimensiones de: Edad, Género, Nivel de educación, Nivel socioeconómico, Medio de transporte al Taller de Promoción de la Salud en DM, Redes de Apoyo, Crianza de niños y Cuidado de otros.

Se detalla también la variable de Antecedentes personales, constituida por: el Tiempo de evolución de la DM, la Co-Morbilidad, la Polimedicación y las Prácticas de riesgo.

Tabla 2

Variable Perfil Sociodemográfico: Dimensiones e indicadores

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
Edad	-Edad exacta en años de la persona
Género	-Identidad de género de la persona
Nivel de educación	-Grado académico alcanzado
Nivel Socioeconómico Posición económica y social de un individuo basada en la situación actual de trabajo y su nivel de ingresos.	- Trabajo - Tipo de trabajo - Situación de quienes no trabajan - Capacidad del ingreso para cubrir los gastos relacionados a la salud
Medio de transporte al Taller de Promoción de la Salud en DM:	-Tipo de transporte utilizado
Redes de apoyo	- Disponibilidad y calidad de relaciones sociales que pueden proporcionar apoyo emocional, instrumental, y práctico a la persona con DM.
Crianza de niños Proceso de cuidar, educar y guiar a los niños desde su nacimiento hasta que alcanzan la edad adulta.	- Responsabilidad en la crianza
Cuidado de otros Provisión de asistencia y apoyo a personas que no pueden valerse por sí mismas debido a edad avanzada, enfermedades crónicas, discapacidades físicas o mentales, o condiciones de salud que requieren supervisión y ayuda constante.	- Responsabilidad en el cuidado de otras personas

Tabla 3

Variable Antecedentes personales: Dimensiones e indicadores

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
--------------------	--------------------

Tiempo de evolución de la DM Tiempo transcurrido desde el diagnóstico y tratamiento de la DM hasta la actualidad.	-Tiempo transcurrido desde el diagnóstico -Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento
Co-Morbilidad Presencia de enfermedades que coexisten con la DM.	-Presencia de enfermedades co- existentes
Polimedicación Necesidad de uso de múltiples medicaciones debido a una o más enfermedades.	-Uso de múltiples medicamentos
Prácticas de riesgo Comportamientos y actividades que aumentan la probabilidad de experimentar consecuencias negativas para la salud.	-Conductas riesgosas que afectan/ comprometen la salud

Técnicas de Recolección de Datos:

A. Cuestionario: Se realizó un cuestionario de elaboración propia compuesto por 39 preguntas. La mayoría de estas preguntas fueron de tipo cerrado, con opción de respuesta múltiple, y en menor medida de tipo abierto. Las preguntas están organizadas en secciones que corresponden a las distintas variables abordadas en la investigación. La administración del cuestionario fue autoadministrada, excepto en casos específicos como personas no videntes.

B. Test de Morisky-Green: Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta de la persona respecto al cumplimiento de las pautas de adherencia al tratamiento. Se pretendió valorar si la persona adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas la persona es incumplidora. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El sujeto es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. El test Morisky-Green fue creado por Donald E. Morisky, Lawrence W. Green, y David M. Levine en el año 1986 como una herramienta de autoinforme para medir la adherencia a la medicación en pacientes crónicos y validado posteriormente para la población con DM1 (Elhenawy et al., 2022) y DM2 (Trejo-Bastidas et al., 2020).

Cabe destacar que las preguntas están incluidas dentro del cuestionario descrito anteriormente (preguntas 25-28), y se utilizan para medir la adherencia al tratamiento farmacológico del grupo de participantes.

El cuestionario fue validado previamente siendo administrado a 10 personas diabéticas que no participan del Taller de Diabetes del HIGA.

Procedimiento

El acercamiento y la cercanía al grupo se generó a partir de que la directora de la tesis trabaja como Terapeuta Ocupacional en el HIGA. Como parte de sus labores ha participado en la organización general del Taller de Diabetes del HIGA y, en conjunto con otras colegas, lo han abordado con

distintas charlas relacionadas y jornadas de prevención. Además, las autoras asistieron previamente a distintos encuentros como observadoras no participantes. También se ha conversado con el equipo interdisciplinario que organiza al Taller de Diabetes y el mismo estuvo de acuerdo con la presente investigación y a disposición para colaborar con la misma.

Primeramente, se solicitó la aprobación del plan de estudio al comité del servicio de docencia e investigación del HIGA. Una vez aprobado, por medio del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) dependiente de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNMdP, se solicitó la evaluación bioética del plan de tesis a la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS) la cual fue aprobada y dió inicio a la toma de datos.

Las investigadoras asistieron a dos de los encuentros del Taller de Diabetes del HIGA en la Unidad de Pronto Atención (UPA), Centro Modular Sanitario 12. Antes de comenzar los encuentros, se consultó a los participantes si deseaban formar parte del estudio respondiendo un cuestionario. A aquellos que aceptaron, se les entregó una hoja de información y un consentimiento informado que debieron firmar para poder participar en el estudio.

Posteriormente, se les entregó el cuestionario en formato impreso y dispusieron del tiempo necesario para completarlo. Quienes no podían responder el cuestionario por sí mismos, ya sea por disminución visual, por falta de lectoescritura u otros motivos, recibieron la asistencia de las investigadoras y/o sus acompañantes para completarlo.

Análisis de Datos

Finalizada la recolección de los datos, se procedió a la revisión y ordenamiento de los mismos, presentándolos en una matriz por medio del programa de Excel, siguiendo la estadística descriptiva para la posterior interpretación de los resultados. El análisis de los datos se realizó a través del programa EPIDAT y Excel.

En última instancia, se elaboró el análisis e interpretación de los datos, luego conclusiones basadas en los hallazgos obtenidos, y por último se ofrecieron recomendaciones para futuras investigaciones y aplicaciones que puedan ser puestas en prácticas en caso de ser requeridas.

Aspectos Éticos de la Investigación

Se realizó la *solicitud de autorización de acceso* correspondiente a la institución involucrada (HIGA). La misma se adjunta en el **Anexo II**.

Por otra parte, se confeccionó una *Hoja de Información (Anexo III)* donde constan los datos y descripción generales del estudio, la metodología a seguir, los beneficios y riesgos de la participación, (contando con profesionales de la institución a disposición en caso de ser necesaria su intervención frente una descompensación emocional, para brindar atención pertinente), la confidencialidad con anonimización de participantes, el derecho a la participación voluntaria, el derecho a retirarse del estudio libremente y sin perjuicio, datos de contacto, otras informaciones relevantes, etc. Además, se destaca que la participación tiene una probabilidad y magnitud del daño o incomodidad que no excede los encontrados en la vida cotidiana o en procedimientos médicos o

psicológicos de rutina, ya que se trata de una recolección de datos ya existentes. La misma fue entregada a todos los participantes.

Además, un *Consentimiento Informado (Anexo IV)*, donde se solicitó una declaración por parte del sujeto, para dar libremente su conformidad y consentimiento de participación en dicha investigación, siguiendo condiciones que garanticen la comprensión de los términos para participar. Por ejemplo: el recibir información suficiente, clara, precisa y adecuada; la confidencialidad; la posibilidad de aceptar o no el ser incluido en el estudio, el poder retirarse cuando lo desee sin perjuicio alguno, entre otros.

La regulación de los organismos anteriormente mencionados (PTIB y CCIS), establecen la adherencia del presente estudio a los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por:

- La Declaración de Helsinsky;
- La nueva Ley 15462, promulgada el 24 de octubre de 2023, establece una normativa que regula la actividad de investigación en salud en la Provincia de Buenos Aires. Esta reemplaza a la Ley 11044, que regulaba la investigación en seres humanos en este territorio;
- La ley 25316 de Protección de Datos Personales.

Resultados

Los resultados de esta investigación se basan en una muestra final de veinticuatro (24) participantes del Taller de Diabetes del HIGA, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio.

Se considera necesario recordar que el presente trabajo se propuso conocer las prácticas de Gestión de la Salud en personas con DM que concurren al Taller de Diabetes del HIGA en 2024. Los hallazgos han hecho posible una aproximación de las mismas, y una caracterización de la población de estudio.

En función de los objetivos de investigación, se presentan los resultados a partir de los ejes temáticos analizados en el instrumento:

- Eje 1: Perfil Sociodemográfico;
- Eje 2: Antecedentes Personales;
- Eje 3: Gestión de Salud en DM: - Eje 3.1: Estilo de Vida; - Eje 3.2: Manejo DM; - Eje 3.3: Educación en DM.

Eje 1: Perfil Sociodemográfico

Tabla 4

Edad y Género

	N.	%
Total de la muestra	24	100
Edad		
Edad Media	54,333	
Edad Mínima	35	
Edad Máxima	73	
Género		
Hombres	13	54,17
Mujeres	11	45,83

Tabla 5

Nivel de Educación, Nivel Socioeconómico, Medio de transporte al Taller, Redes de Apoyo y Responsabilidad en la crianza y/o cuidado de otro/s.

	N.	%
Nivel de educación		
Primaria incompleta	2	8,34

Primaria completa		5	20,83
Secundaria incompleta		6	25,00
Secundaria completa		11	45,83
Nivel Socioeconómico			
<i>Situación actual de trabajo</i>	Trabaja	5	20,83
	No trabaja	19	79,17
<i>Tipo de empleo</i>	Formal	1	20,00
	Informal	4	80,00
<i>Situación de quienes no trabajan</i>	Jubilado/a	1	5,26
	Pensionado/a	5	26,32
	Amo/a de casa	6	31,58
	Desocupado/a	5	26,32
	No responde	2	10,53
<i>Capacidad del ingreso para cubrir los gastos relacionados a la salud</i>	Suficiente	4	16,67
	Insuficiente	18	75,00
	No responde	2	8,33
Medio de transporte al Taller	Vehículo propio	2	8,33
	Colectivo	14	58,33
	Bicicleta	1	4,17
	A pie	5	20,83
	Remis/Taxi	1	4,17
	Otro	1	4,17
Disponibilidad de redes de apoyo			
Sí dispone		17	70,83
No dispone		7	29,17
Crianza y/o cuidado de otros/s			
Si responsable		9	37,50
No responsable		14	58,33
No responde		1	4,17

En relación al nivel educativo, solo el 45,83% de los participantes completó la secundaria, siendo este el nivel educativo formal más alto reportado.

En cuanto a la situación laboral, se destaca que la mayoría de los participantes (79,17%) no está empleada. Dentro del grupo que sí trabaja (20,83%), el 80% realiza labores informales (4), y solo el 20% (1) cuenta con un empleo formal registrado. Cabe destacar, que hay dos personas que además de trabajar, indicaron ser uno jubilado y el otro pensionado.

En términos de ingresos, el 75% reporta que son insuficientes para cubrir los gastos relacionados con la salud.

Respecto al medio de transporte que se utiliza para trasladarse al taller, se observa que más de la mitad (58,33%) lo hacen utilizando colectivos de línea.

Por otro lado, el 70,83% cuenta con personas que le brindan acompañamiento en sus vidas diarias, en trámites, apoyo emocional, etc.

Por último, un 37,50% es responsable del cuidado de otros, incluido niños y personas dependientes.

Eje 2: Antecedentes Personales

Tabla 6

Tiempo de evolución de la DM y Tiempo transcurrido desde el inicio de su tratamiento, en años.

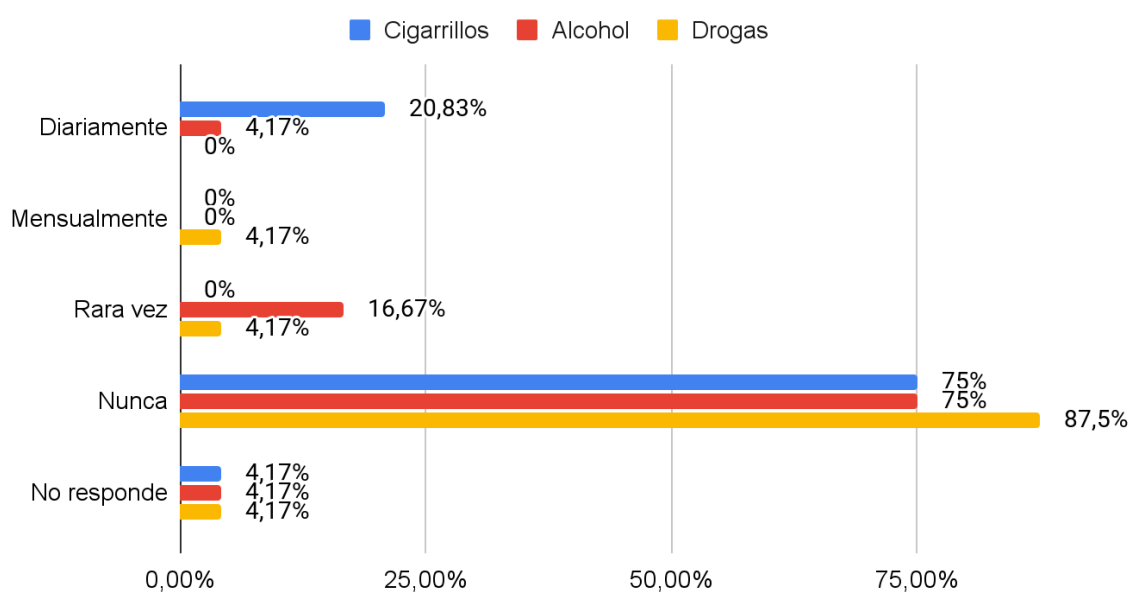
	Años
Tiempo de evolución de la DM	
Tiempo Promedio	12,391
No responde	1
Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento	
Tiempo Promedio	12,333
No responde	3

En la muestra analizada, el tiempo promedio desde el diagnóstico de DM fue de 12,4 años. En cuanto al tiempo desde el inicio del tratamiento, el promedio fue de 12,3 años. El rango de tiempo va desde 1 a 34 años para ambos casos.

Tabla 7*Comorbilidades*

	N.	%
Presencia de enfermedades co-existentes		
Presencia de comorbilidad	17	70,83
Ausencia de comorbilidad	6	25,00
No responde	1	4,17

La Tabla 7 muestra la presencia de comorbilidades. Los resultados indican que el 70,83% de los participantes presenta al menos una enfermedad o condición de salud adicional a la DM, y todos ellos se encuentran bajo tratamiento con múltiples medicamentos (polimedicados).

Figura 1*Prácticas de Riesgo*

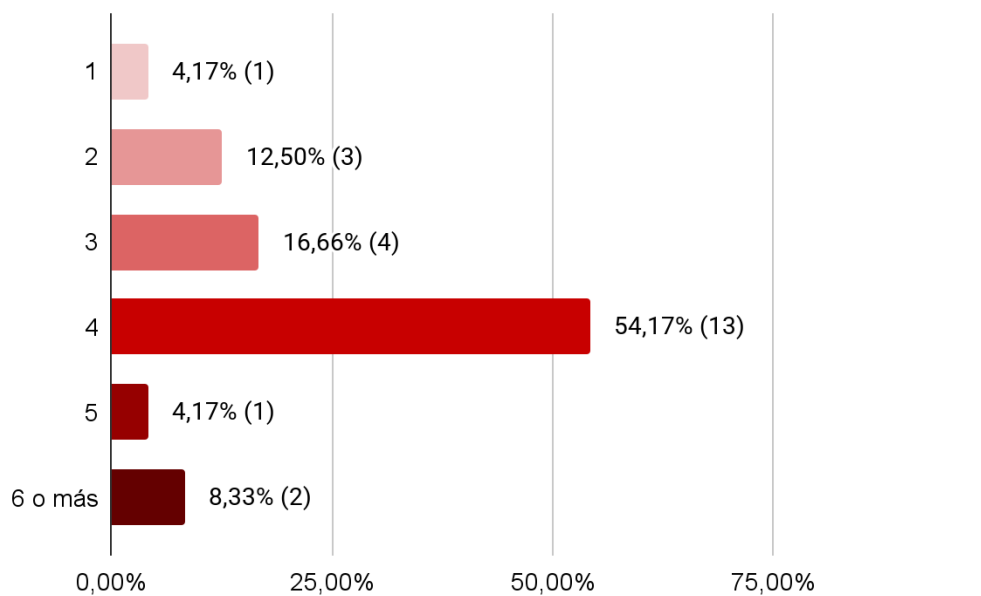
La mayor parte del grupo no consume nunca cigarrillos, alcohol y drogas.

Eje 3: Gestión de la Salud

Eje 3.1: Estilo de Vida

Figura 2

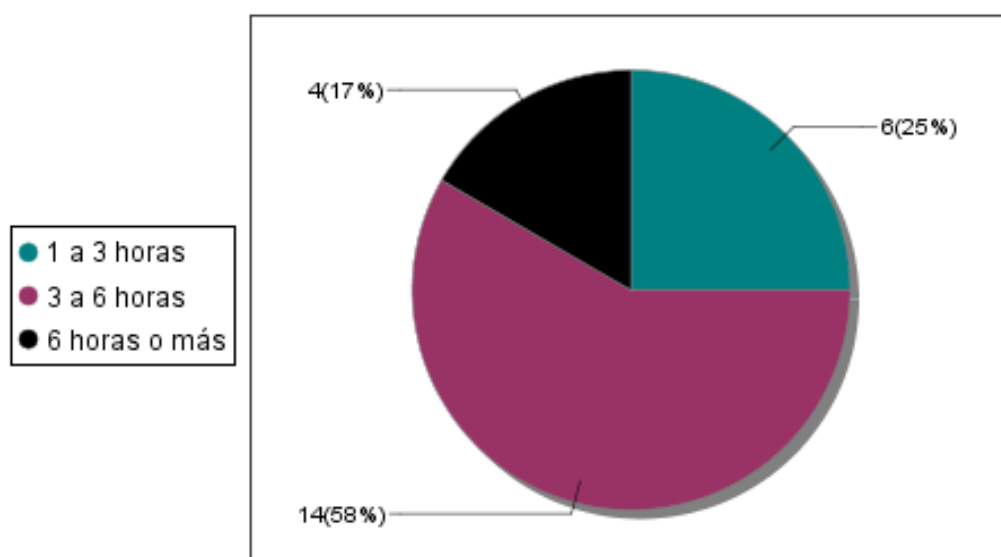
Hábitos de alimentación - Número de comidas diarias



Un 54,17% reporta consumir 4 (cuatro) comidas al día. Mientras que un 33,33% realiza 3 comidas diarias o menos; y un 12,5% hace 5 comidas o más.

Figura 3

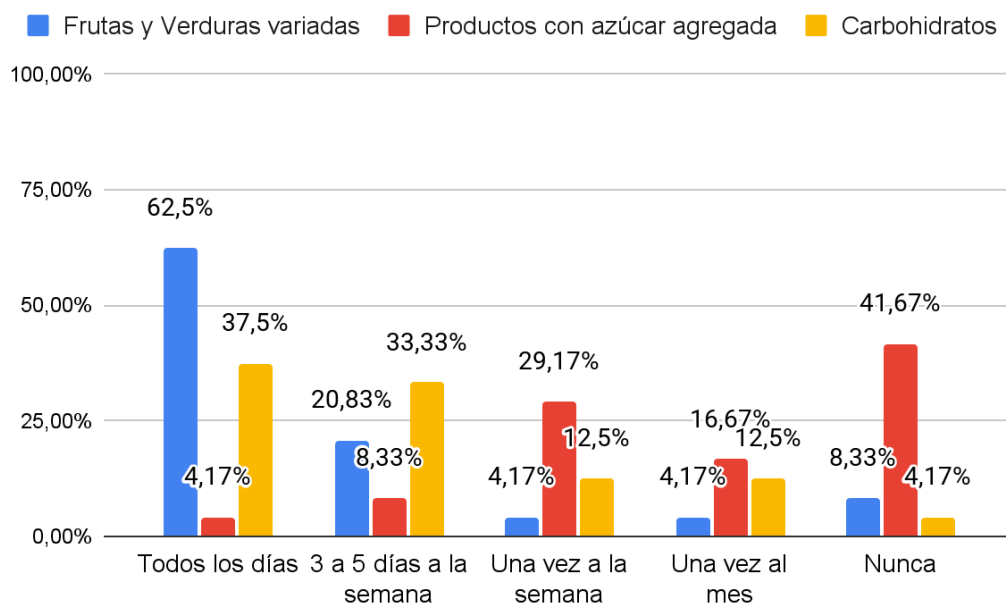
Hábitos de alimentación - Tiempo entre comidas



La mayoría de los encuestados mantiene intervalos de 3 a 6 horas entre una comida y otra.

Figura 4

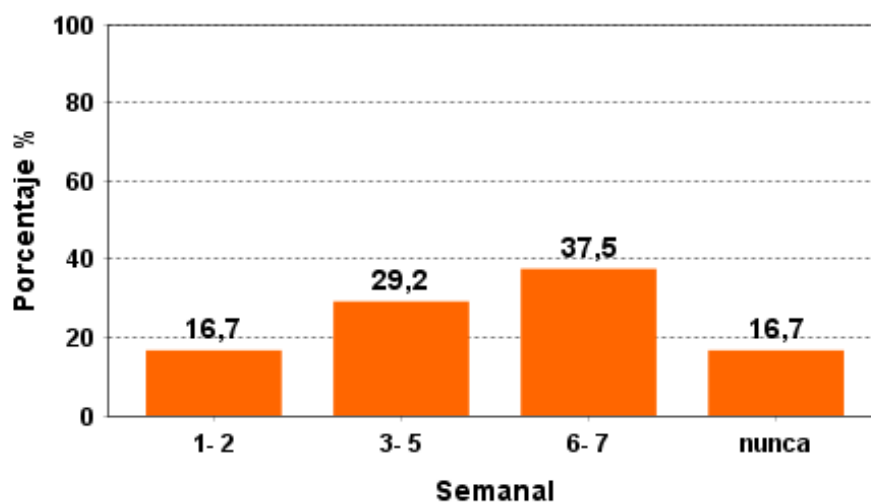
Hábitos de alimentación - Frecuencia de consumo de frutas y verduras variadas; de alimentos con azúcar agregada y carbohidratos



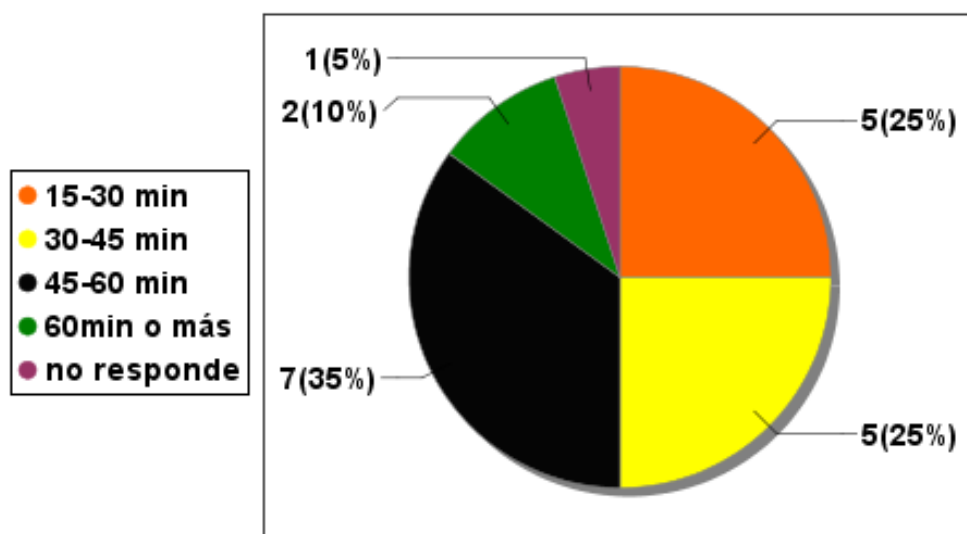
La mayor parte del grupo consume frutas y verduras variadas diariamente. Un 41,67% nunca consume productos con azúcar agregada. Y un 37,5% consume carbohidratos a diario.

Figura 5

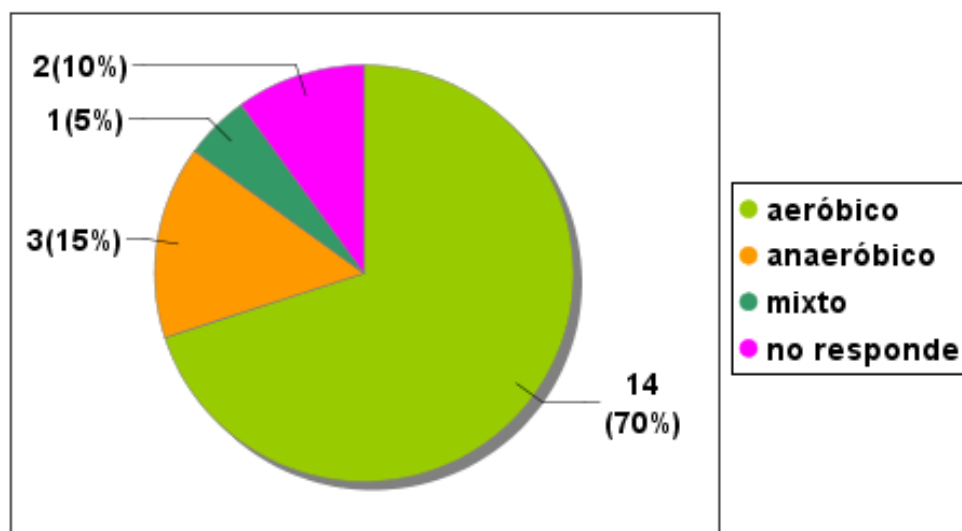
Práctica de Ejercicio Físico - Frecuencia de ejercicio físico



El 66,7% reporta realizar ejercicio físico 3 veces por semana o más y el 16,7% no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Figura 6*Práctica de Ejercicio Físico - Duración de ejercicio físico*

Del grupo que hace ejercicio físico, el 70% lo realiza durante 30 minutos o más.

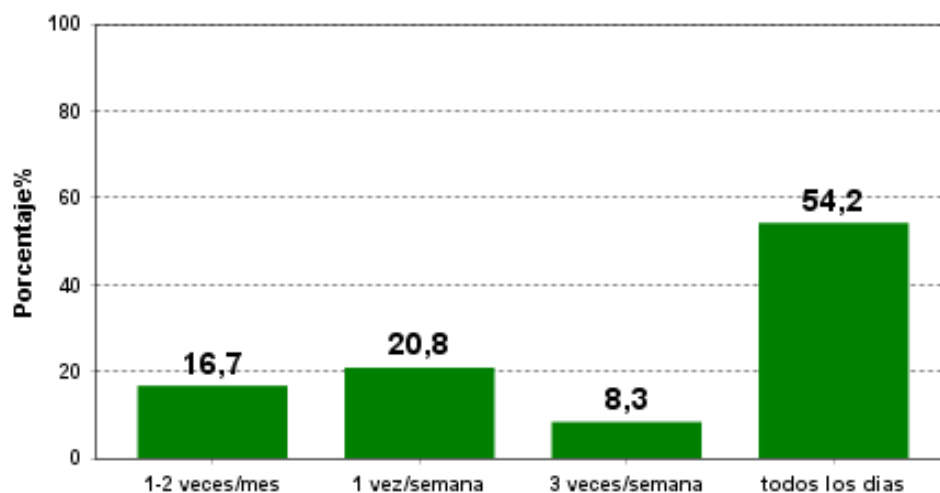
Figura 7*Práctica de Ejercicio Físico - Tipo de ejercicio físico*

Entre los participantes que realizan ejercicio físico, el 70% opta por actividades aeróbicas.

Eje 3.2: Manejo DM

Figura 8

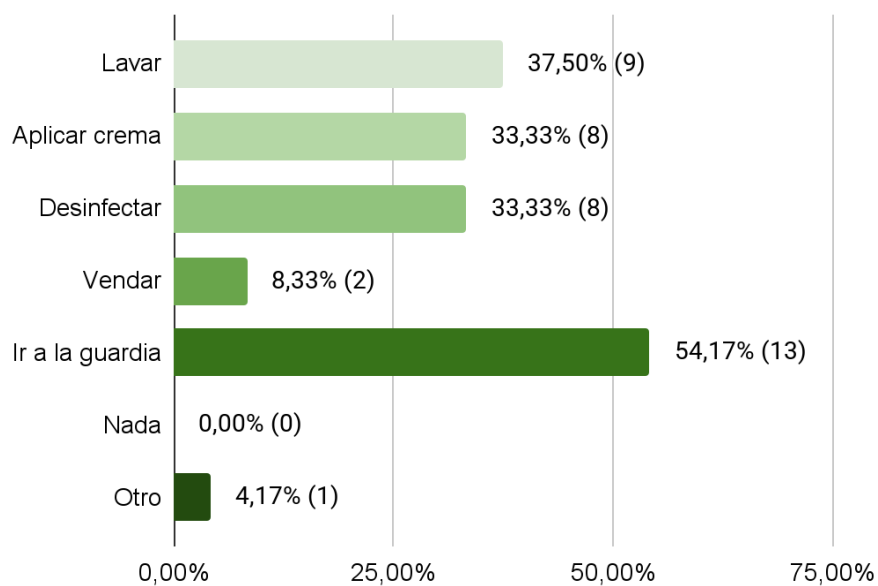
Cuidado de los Pies - Frecuencia de la inspección de los pies



La mayoría de las personas encuestadas realiza una inspección diaria de sus pies.

Figura 9

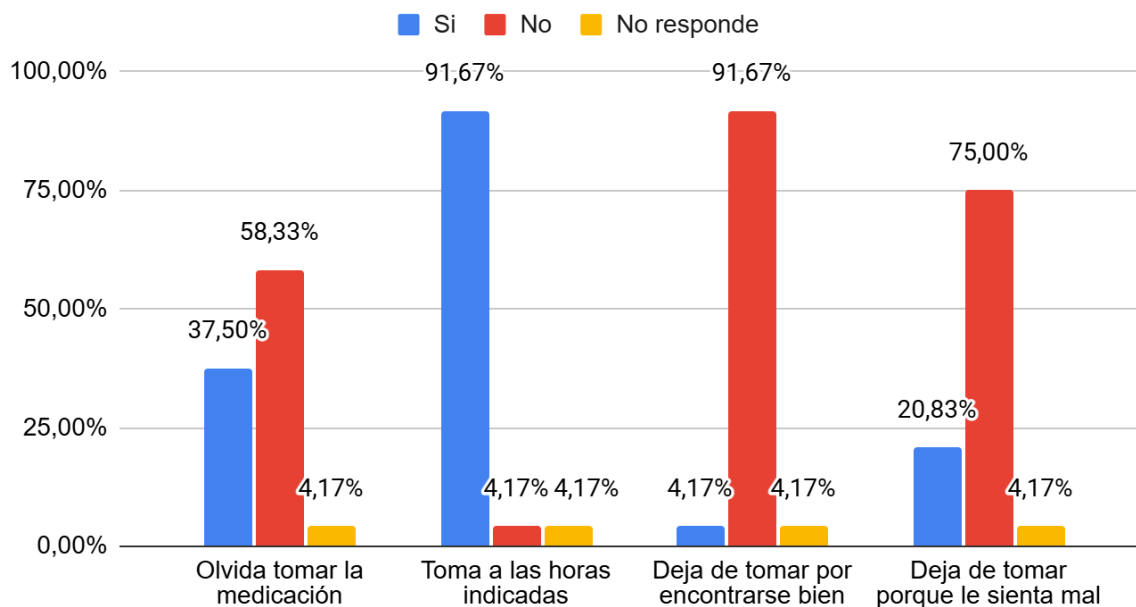
Cuidado de los pies - Medida ante la aparición de heridas en los pies



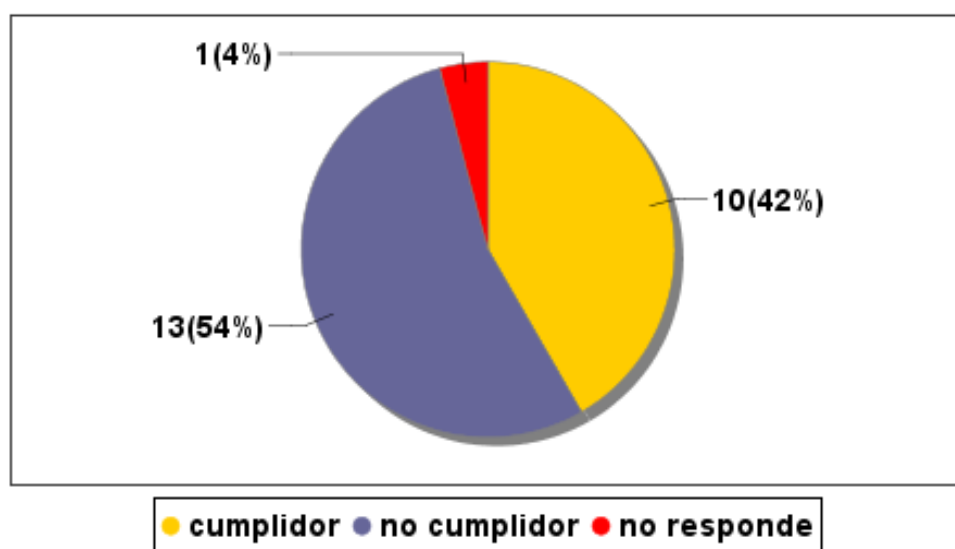
La práctica más común es acudir a la guardia clínica, opción elegida por el 54,17% de los sujetos.

Figura 10

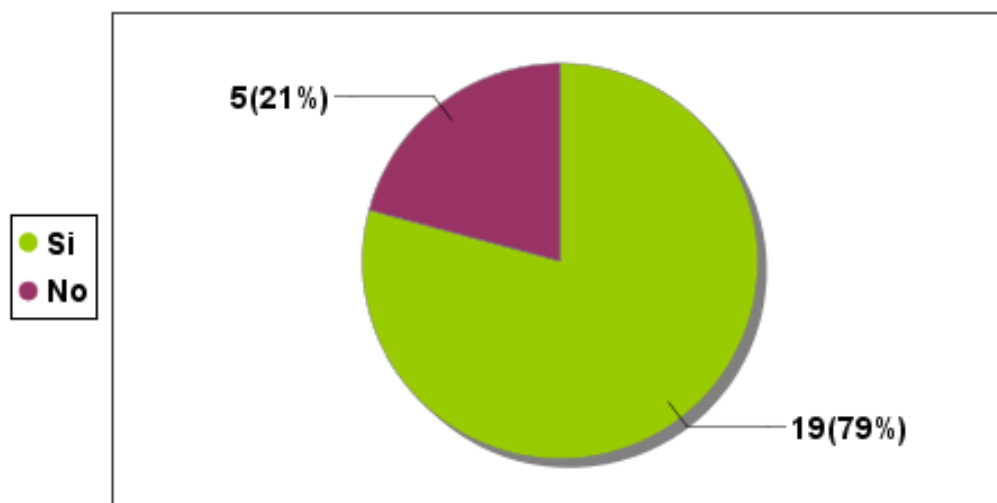
Adherencia al Tratamiento Farmacológico según test estandarizado de Morisky-Green (1986)

**Figura 11**

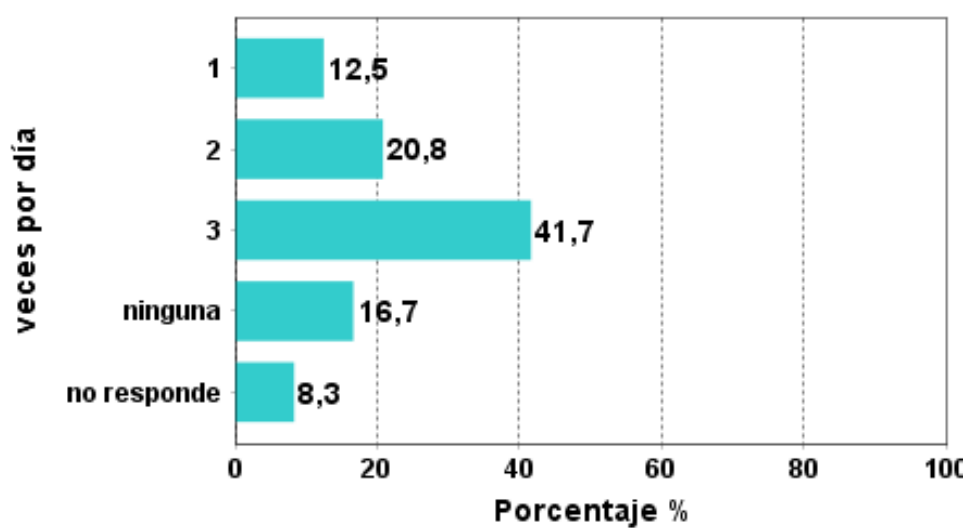
Adherencia al Tratamiento Farmacológico según test estandarizado de Morisky-Green (1986)



El análisis de la adherencia al tratamiento farmacológico muestra que según los criterios evaluados mediante el test estandarizado de Morisky-Green (1986) que se presentan en la Figura 10, el 42% de los participantes cumple adecuadamente con su tratamiento, en contraste, el 54% se considera no cumplidor.

Figura 12*Autocontrol de los Niveles de Glucosa - Tenencia de glucómetro*

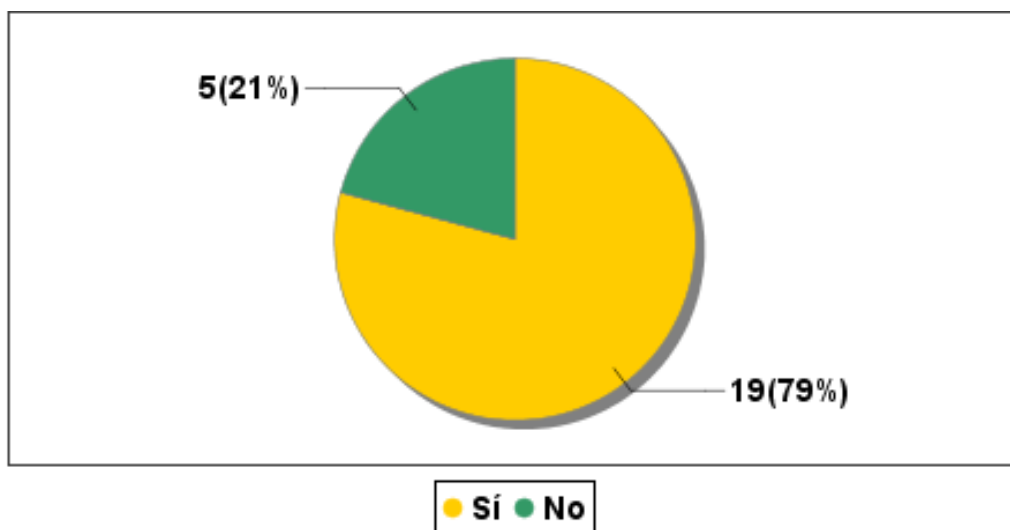
En la figura 12, se observa que el 79% de los participantes poseen glucómetro.

Figura 13*Autocontrol de los Niveles de Glucosa - Frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre*

El 75% monitorea su glucosa en sangre 1 (una) vez al día o más. Por su parte, el 16,7% respondió que nunca lleva a cabo esta práctica.

Figura 14

Autocontrol de los Niveles de Glucosa - Registro de niveles de glucosa



Se destaca que una gran mayoría (79%) de los participantes lleva registro de sus niveles de glucosa en sangre, ya sea en celular, anotador u otro medio.

Figura 15

Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud - Asistencia a las citas con profesionales de la salud recomendadas

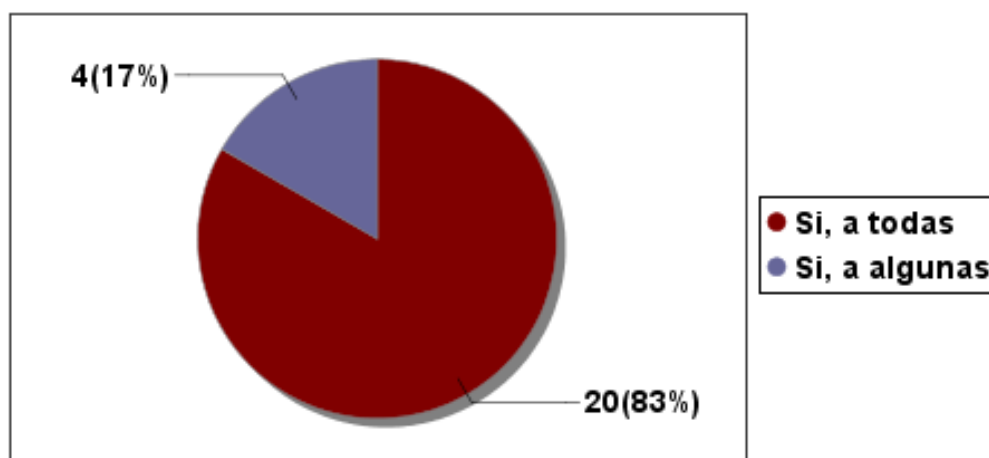
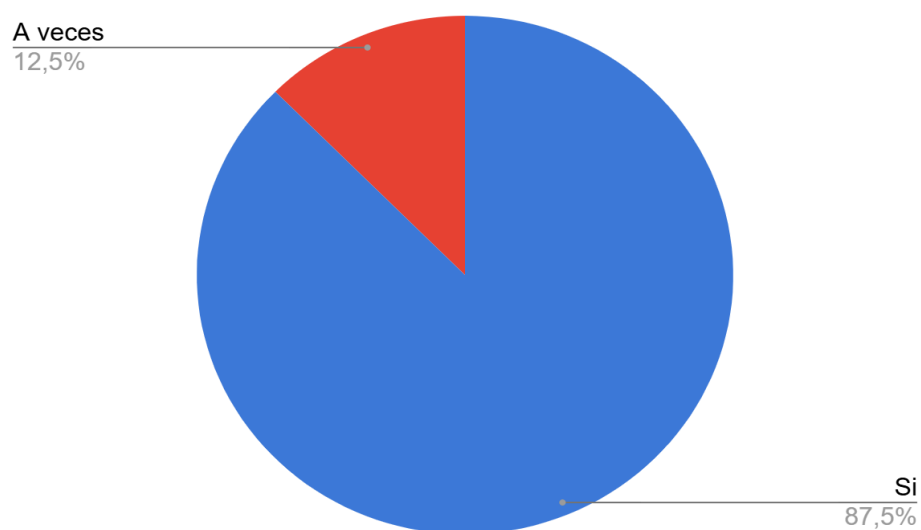


Figura 16

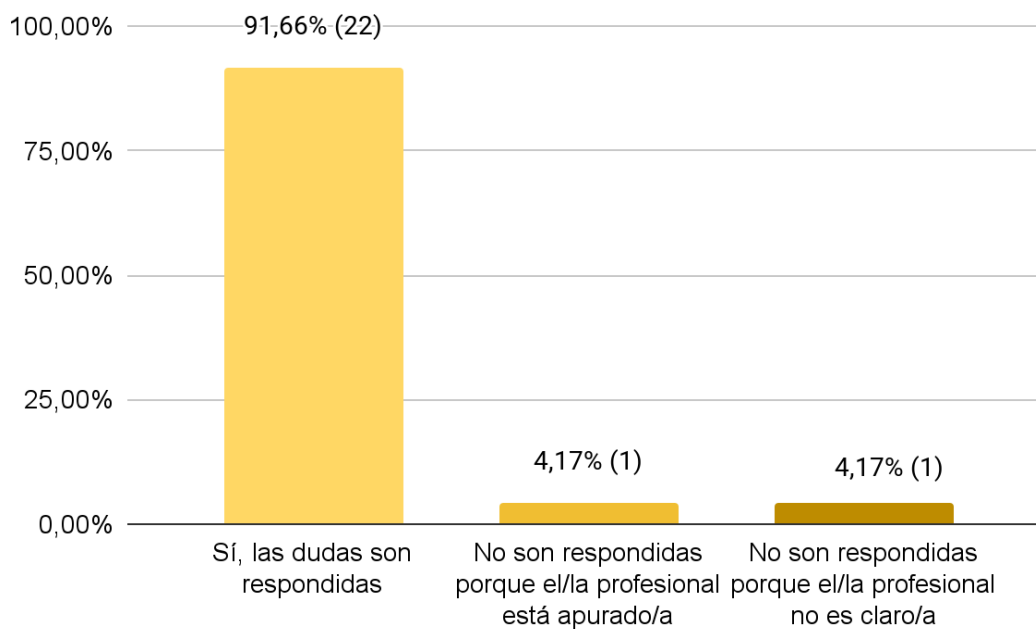
Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud - Seguimiento de las recomendaciones respecto al tratamiento



El 12,5% indicó que sigue las indicaciones ocasionalmente. Cabe destacar que ningún sujeto refirió no seguir las indicaciones.

Figura 17

Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud - Valoración subjetiva de la respuesta a sus dudas por parte de los profesionales de salud

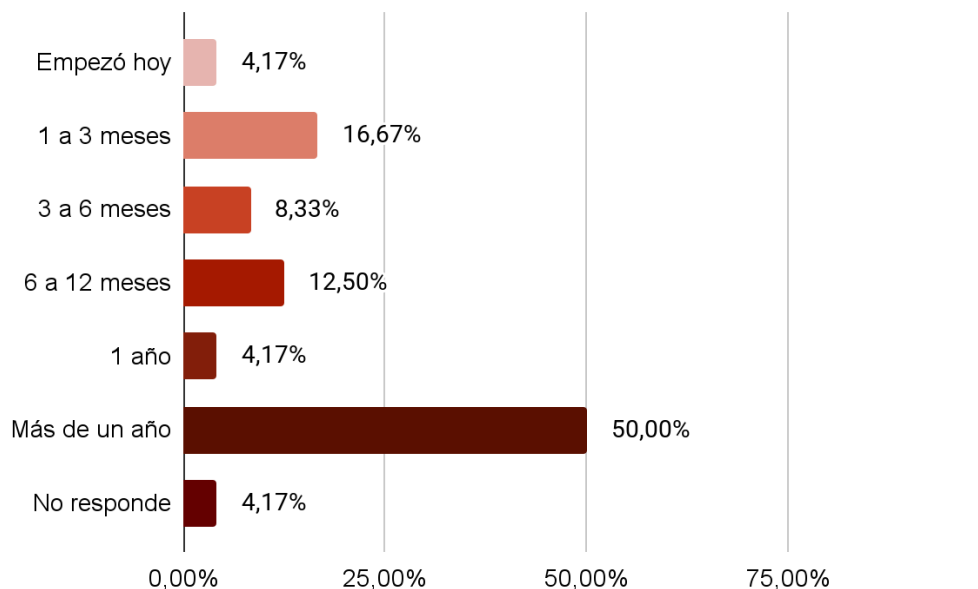


Del total de la muestra, el 91,66% considera que sus dudas son respondidas adecuadamente durante las citas con los profesionales de la salud.

Eje 3.3: Educación en DM

Figura 18

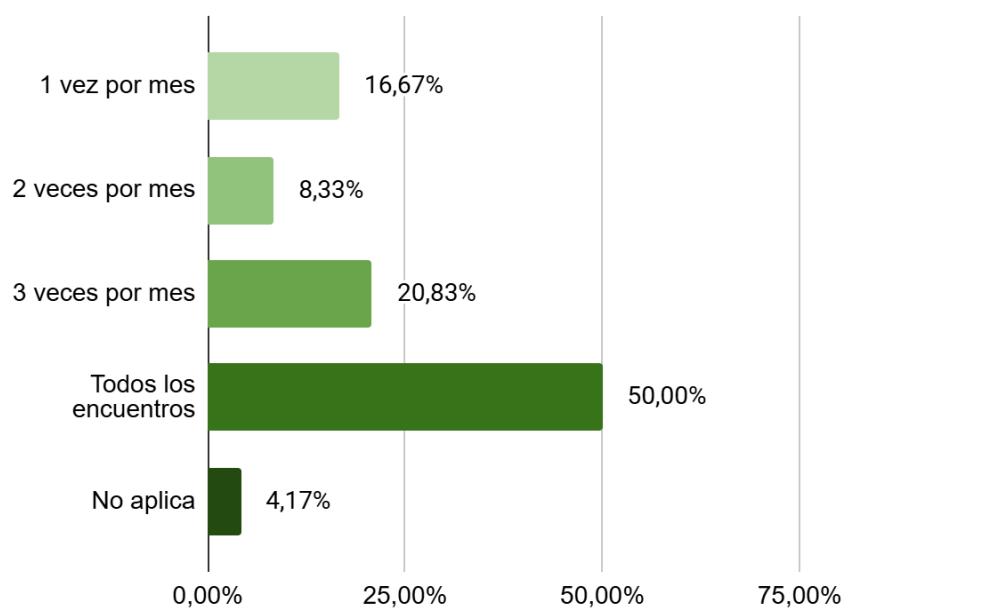
Participación en Taller de Promoción de la Salud en Diabetes Mellitus - Duración en la de participación en el Taller



Al momento de la administración de los cuestionarios, la mitad de los participantes concurrían al taller por más de un año. El resto habían estado involucrados durante períodos más cortos o incluso solo habían comenzado el mismo día de la toma de datos.

Figura 19

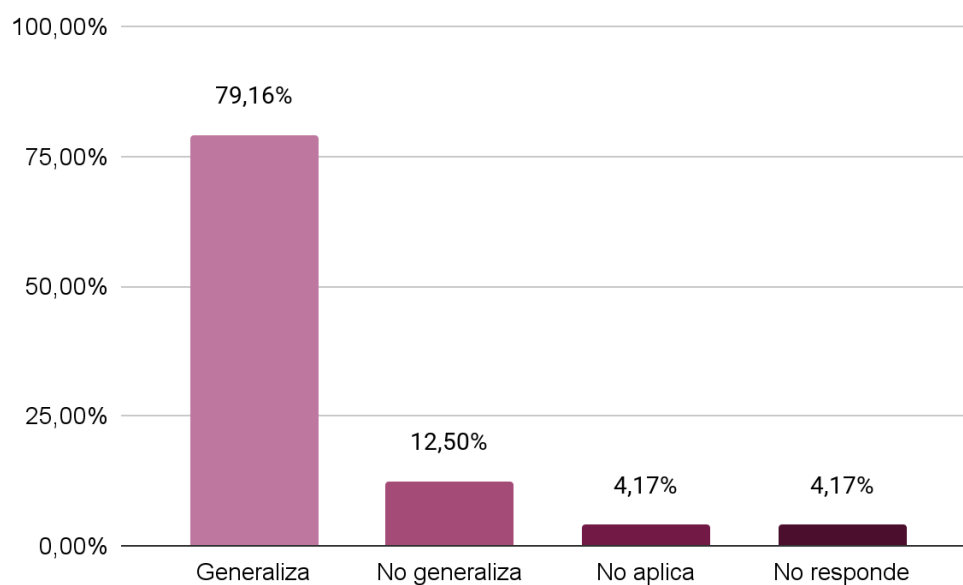
Participación en Taller de Promoción de la Salud en Diabetes Mellitus - Frecuencia de la participación en el Taller



La mayoría de las personas encuestadas (71%) concurrió a los encuentros del taller de manera constante (3 o 4 veces al mes).

Figura 20

Participación en Taller de Promoción de la Salud en Diabetes Mellitus - Generalización del conocimiento del Taller en la vida cotidiana y motivos por los que no pudieron generalizarlo



Una gran mayoría de los participantes logró aplicar el conocimiento adquirido en el taller, a su vida diaria.

Análisis e Interpretación de los Resultados

Eje 1: Perfil Sociodemográfico

En este estudio, se observó una variabilidad moderada en las edades dentro del grupo, con un promedio de 54 años, lo que podría indicar una tendencia a la adultez intermedia, catalogada entre los 45 y 60 años. Además, se evidenció una mayor participación masculina, aunque la diferencia fue mínima.

En cuanto al nivel educativo, más de la mitad no completó la educación secundaria, y dentro de este grupo, menos del 9% no ha terminado la educación primaria.

Como se mencionó anteriormente, 21% de los sujetos tiene trabajo, y de éstos sólo uno está empleado de manera formal. Es importante destacar que dos sujetos indicaron además ser jubilados/as y pensionados/as.

Dentro del grupo que no trabajan remuneradamente, el 32% son jubilados/as o pensionados/as, por tanto reciben un ingreso mensual; en cambio el 58% son amas/os de casa o desocupados/as.

Asimismo, del total, tres cuartos afirman que sus ingresos no son suficientes para cubrir los gastos relacionados con la salud. Esto da cuenta de un Nivel Socioeconómico en su mayoría bajo, considerado por la OMS (2023) como un factor de riesgo no modificable de las ECNT, entre las cuales se encuentra la DM. Estos eran resultados esperables, debido a que, como menciona la International Diabetes Federation (IDF, 2021), tres cuartas partes de las personas con DM viven en hogares de países de ingresos bajos y medios.

Esta situación repercute significativamente en la gestión de salud de las personas, ya que como se relevó durante la toma de datos, éstos no cuentan con los medios para costear los insumos necesarios, entre ellos las tiras reactivas para el funcionamiento de los glucómetros y los alimentos saludables recomendados. Tanto la medición de glucosa diaria como una alimentación saludable se consideran prácticas importantes para la gestión de la DM.

Siguiendo con el análisis, más del 83% manifestó trasladarse hacia el taller a pie, en bicicleta o en colectivo, lo que evidencia una alta dependencia del transporte público y medios accesibles. Este dato podría reflejar limitaciones económicas. Las dificultades asociadas a estas formas de movilidad, como paros de servicio, inconsistencias en los recorridos e inclemencias climáticas, pueden representar un obstáculo para la asistencia regular de quienes dependen de ellas.

Tanto las limitaciones económicas para costear los insumos necesarios para el tratamiento así como también la forma de traslado hacia la institución pública, forman parte de los determinantes sociales de la salud. Por esto se recalca la importancia de la salud pública, que busca equidad en salud, para mitigar así las desigualdades generadas por los determinantes sociales, según mencionan varios autores (De la Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020; Arias-Uribe, et al., 2023). Para

abordar la salud de manera integral, es crucial adoptar una perspectiva social que considere estas circunstancias que la condicionan.

Continuando con el análisis de los resultados, la DM es una enfermedad crónica que exige un compromiso constante para su control adecuado y seguimiento a lo largo de la vida. Por ello, como mencionan Linari, M. et al. (2019), las redes de apoyo desempeñan un papel fundamental, brindando sostén emocional, instrumental y práctico. Este acompañamiento puede abarcar tanto aspectos directamente relacionados con la salud, como la gestión de la medicación o asistencia a citas médicas; así como tareas cotidianas, tradicionalmente no vinculadas con la salud, tales como realizar trámites, compras o preparar alimentos. La salud, entendida como una construcción social, encuentra en estas redes un componente clave para promover el bienestar y resolver dificultades, potenciando fortalezas individuales (Simó Algado et al., 2016). En este contexto, se observó que más del 70% de los participantes cuenta con redes de apoyo, lo que podría favorecer un manejo más consistente de su tratamiento, tanto a nivel organizacional como emocional.

Así como las redes de apoyo son esenciales para la salud, también lo es contar con tiempo, energía y recursos propios para involucrarse de manera efectiva en el tratamiento de la DM, dada la dedicación que esto requiere. La crianza y el cuidado de otros implican destinar tiempo y recursos para asistir a personas dependientes debido a su edad, enfermedades o condiciones de salud, lo que puede limitar el cuidado personal (Kittay, 2019). En esta muestra, el 37% reportó estar a cargo de estas tareas. Sin embargo, al analizar los datos por género, se observa que solo el 23% de los hombres desempeña este rol, mientras que la proporción entre las mujeres asciende al 55%, duplicando la cifra masculina (**Anexo V, tabla 8**). Según Simó Algado et al. (2016), esta diferencia está influenciada por factores socioculturales que asignan tradicionalmente a las mujeres la responsabilidad del cuidado familiar, muchas veces en detrimento de sus proyectos personales, laborales y recreativos.

Eje 2: Antecedentes Personales

El tiempo entre la aparición de la enfermedad y el diagnóstico puede variar según factores como la falta de información y educación sobre los síntomas, lo que podría retrasar la atención médica oportuna (Alcantarilla Roura et al., 2014). Aunque esta investigación no mide dicho intervalo, se resalta que su demora puede tener efectos negativos en la salud de las personas, mientras que un diagnóstico temprano facilita un tratamiento adecuado y previene complicaciones.

En la muestra analizada, el tiempo promedio desde el inicio del tratamiento es generalmente menor al tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Esto refleja la diversidad en los períodos de manejo de la DM y, en el contexto del sistema público, donde las esperas para las consultas individuales suelen ser prolongadas, se podría agravar este retraso (Moya et al., 2016).

La DM puede favorecer la aparición de otras patologías debido a los procesos degenerativos que provoca en órganos y tejidos (OPS, s.f.). En el grupo analizado, el 70% enfrenta comorbilidades adicionales a la DM. Entre quienes las prestan, el 100% utiliza otras medicaciones complementarias, para tratar estas afecciones. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las comorbilidades y

la polimedicación en el manejo integral de la DM; ya que la presencia de otras enfermedades puede llevar a discapacidades o incluso la muerte si no son tratadas adecuadamente (OPS, s.f).

Según Fernández Lázaro (2017), la combinación de múltiples medicamentos puede incrementar el riesgo de interacciones farmacológicas y efectos adversos no deseados. Alcantarilla Roura et al. (2014) señalan que cada persona tiene una carga terapéutica asumible y que, al incrementarla, podría aumentar la dificultad para gestionar adecuadamente el tratamiento. No obstante, los resultados muestran que entre los polimedicados, el 47,06% (8) mantiene una buena adherencia, mientras que el 52,94% (9) no la cumple. En contraste, entre quienes no están polimedicados, el 33,33% (2) es cumplidor y el 66,67% (4) no lo es (**Anexo V, tabla 9**). Esto indica que no se observa una clara tendencia a una menor adherencia en quienes tienen una mayor carga terapéutica por estar polimedicados.

A la carga terapéutica asumible, se suma el factor económico, que puede ser un impedimento significativo para acceder a los medicamentos necesarios, especialmente en este contexto, donde se presenta un nivel socioeconómico bajo, generando una situación de vulnerabilidad, tal como ya se ha mencionado al analizar los determinantes sociales de la salud del grupo. El costo elevado de ciertos tratamientos puede dificultar su continuidad, agravando la situación clínica de las personas (Zamora-Niño et al., 2019).

En lo que respecta a las prácticas de riesgo, en la muestra analizada, el consumo diario de cigarrillos es el hábito más prevalente (21%), seguido por el consumo ocasional de alcohol y, en menor medida, de drogas. Estos hallazgos, si bien son de un porcentaje bajo, resaltan la necesidad de abordar estas conductas dentro de las estrategias de cuidado y educación para la DM, ya que estos factores modificables pueden aumentar la probabilidad de desarrollar ECNT (OMS, 2023).

Eje 3: Gestión de Salud en DM

Eje 3.1: Estilo de Vida

En cuanto a los datos obtenidos en este estudio, y siguiendo las recomendaciones de las Guías ALAD (2019) y Moya et al. (2016) se observa que más de la mitad realiza cuatro comidas diarias, lo cual está alineado con las recomendaciones sobre la distribución regular de alimentos para mejorar el control metabólico. Sin embargo, un porcentaje menor realiza solo dos o tres comidas al día, lo cual puede resultar en ayunos prolongados que favorecen fluctuaciones de glucosa en sangre y complicaciones a largo plazo.

En términos de los intervalos entre las comidas, la mayoría consume alimentos cada 3 a 6 horas, lo cual favorece la estabilidad glucémica. Un 17% prolonga estos intervalos, lo que puede ser perjudicial en personas con DM.

En cuanto al consumo de frutas y verduras, la mayoría incluye estos alimentos en su dieta diaria. Por otro lado, un 42% evita productos con azúcar agregada, lo que refleja un control dietético adecuado, mientras que un 29% los consume al menos una vez por semana. Según las guías ALAD (2019), un manejo adecuado de los carbohidratos es fundamental para la estabilización de los niveles

de glucosa y, por ende, para el control de la enfermedad. En relación a ello, aunque un 37,50% consume carbohidratos de manera diaria, es necesario analizar tanto su distribución como la calidad de los mismos. En este sentido, los talleres y programas educativos enfocados en la DM son fundamentales para brindar a las personas las herramientas necesarias para controlar su nutrición y adoptar hábitos saludables.

Tal como se ha relevado en esta investigación, el análisis de la frecuencia del ejercicio físico muestra que dos tercios de las personas encuestadas, realiza ejercicio físico de forma regular, lo que refleja un estilo de vida activo y adherencia a las recomendaciones clínicas. Sin embargo, un tercio del total de la muestra presenta una frecuencia insuficiente o nula de ejercicio. Continuando con el análisis, dentro de aquellos que se ejercitan, el 70% realiza ejercicios aeróbicos, recomendado para personas con DM. Del resto de la muestra, la mayor parte hace de tipo anaeróbico y en menor medida mixto.

En relación al tiempo de ejercicio, los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario reflejan que el 70% de los participantes coinciden con lo recomendado por los profesionales. Sin embargo, un 25% realiza sesiones de menos de 30 minutos y podrían no estar alcanzando el impacto clínico deseado.

Eje 3.2: Manejo DM

Con respecto al cuidado de los pies, un 54% realiza una inspección que se considera adecuada, es decir, con una frecuencia diaria. Por otra parte, al presentarse una herida las personas manifestaron que realizan distintas acciones, pero solo un poco más de la mitad sigue la recomendación de los profesionales del Taller y del Ministerio de Salud (2021), que consiste en asistir a la guardia del Hospital o del centro de salud más cercano. Siguiendo con los datos obtenidos, se considera favorable que ninguna persona encuestada haya declarado la ausencia total de revisiones o que no tome medidas frente a una herida. Estas prácticas son una medida fundamental para la prevención de complicaciones en esta población, tales como la aparición de pie diabético, que, en casos extremos o de poco cuidado de la salud, genera riesgo de amputaciones, entre otras.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento farmacológico, la mayoría de los sujetos siguen las pautas recomendadas, 92% de los mismos toma la medicación a la hora indicada y no suspende la misma en caso de encontrarse bien, y tres cuartas partes no deja de tomarla si alguna vez esta le produce malestar. Se observa que un tercio de las personas adoptan una conducta que indica una inadecuada adherencia, olvidando tomar la medicación ocasionalmente. A partir de estos criterios, planteados por Morisky-Green (1986), menos de la mitad de los participantes cumple adecuadamente con la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que al responder mal uno de los cuatro criterios el sujeto se considera no cumplidor.

En relación al autocontrol de los niveles de glucosa, aunque la gran mayoría posee glucometro, existe aún una parte de la población entrevistada que no. Esto se traduce en la reducción de controles adecuados y sugeridos. Los resultados evidenciaron que tres cuartos de la población

miden su glucosa en sangre de forma adecuada, es decir, una vez por día o más. Un porcentaje menor (18%), pero significativo, no realiza la medición de glucosa ninguna vez por día, esto es un resultado alarmante debido a la importancia de esta práctica. Dicha situación puede deberse tanto a la falta de sustento económico para conseguir glucómetro o tiras reactivas, como a la decisión de la persona de no medirse. En este caso se vuelve a observar la importancia de cómo las situaciones particulares tales como el nivel socioeconómico afectan la gestión de la salud.

El control glucémico estricto es esencial para la prevención de complicaciones progresivas de la DM. Además, los resultados pueden ayudar a tomar decisiones sobre la alimentación, el ejercicio físico y la medicación (NIDDK, 2023). Como parte de esta práctica, se destaca que una gran mayoría de los participantes lleva registro de los niveles de glucosa en sangre.

Para que el autocuidado sea óptimo es necesaria la capacidad de monitorear y controlar los síntomas, así como la participación activa en la toma de decisiones junto a los profesionales de la salud, entre otros principios (Según Valerio Guevara, 2022).

Con respecto a la asistencia a citas con diversos profesionales de la salud, el 83% de los sujetos asiste a todas las citas según indicación y sigue las recomendaciones de los especialistas. Un porcentaje muy menor (17%) lo hace de manera ocasional. Un aspecto positivo es que ninguno de los participantes indica haber dejado de asistir a todas las citas ni de seguir las recomendaciones en ningún momento. Este es un punto a destacar, ya que de acuerdo con Tejera Pérez (2023), el tratamiento de la DM debe ser integral, llevado a cabo por un equipo multidisciplinario que aborde los distintos aspectos de la enfermedad, y las prácticas necesarias para su gestión, con el fin de minimizar sus complicaciones.

Por otra parte, la mayoría de las personas consideran que los profesionales de salud responden sus dudas de manera efectiva. Solo dos sujetos no estuvieron de acuerdo, indicaron que esto se debe a que el profesional está apurado y a la falta de claridad en sus respuestas.

Estos resultados sugieren que, si bien la mayor parte percibe que los profesionales de la salud responden a sus dudas de manera adecuada, un porcentaje menor (8%), pero no menos importante, destaca la necesidad de mejorar la comunicación y la atención en algunos casos. Según Valentín Fuster (2012), la comunicación entre el profesional de la salud y la persona es una de las principales variables que condicionan la adherencia al tratamiento, y que simplemente mejorando esta comunicación se pueden conseguir resultados muy positivos.

Como se dijo anteriormente en la definición propia de la variable, las prácticas de la gestión de la salud son llevadas a cabo por el individuo, pero no es el único responsable. Los profesionales de la salud, si bien no son quienes toman las decisiones, desempeñan un rol importante, su influencia es significativa, ya sea al comunicar información vital, instruir sobre el uso adecuado de medicamentos o informar sobre las complicaciones de las enfermedades, entre otras acciones.

Eje 3.3: Educación en DM

Según los resultados, la duración de la participación en el taller varió entre las personas. Más de la mitad asistía al taller durante un año o más al momento de la recolección de datos, mientras que el resto del grupo lo hizo por intervalos menores de tiempo. Estos resultados sugieren una renovación de asistentes, aunque más de la mitad demuestra una consistencia significativa, con una participación sostenida durante más de un año.

En cuanto a la frecuencia de participación, los resultados indican que más dos tercios de los concurrentes son constantes en su asistencia al mismo (participando 3 o 4 veces al mes). Esta constancia por parte de la mayoría podría facilitar una mejor adherencia al tratamiento y un mayor aprovechamiento de los contenidos educativos del taller según Hernández Díaz et al. (2014). Sin embargo, la asistencia irregular podría limitar los beneficios esperados y dificultar el seguimiento integral del tratamiento. La inasistencia podría deberse a la decisión de no concurrir, a las limitaciones en acercarse al taller, entre otras posibles causas.

Del total de participantes, casi el 80% reportó haber aplicado los conocimientos adquiridos en el taller a su vida diaria. Entre quienes no pudieron hacerlo, todos señalaron motivos económicos como la principal barrera. Esto evidencia que, si bien el taller logra empoderar a gran parte los participantes con conocimientos y habilidades prácticas para mejorar su salud y bienestar, las limitaciones financieras pueden obstaculizar la implementación de estos aprendizajes. Como mencionan Castaño y Scarpati (2003, pp. 41-42), el enfoque de enseñanza-aprendizaje del taller no debe limitarse a impartir conocimiento, sino que además, debe considerar a las personas atravesadas por sus circunstancias tales como las creencias de salud, la situación psicosocial, el nivel cultural y la confianza en el autocuidado.

Conclusiones

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que no sólo desafía la salud de los individuos, sino que conlleva un fuerte impacto social y económico. Debido a su naturaleza crónica y a su complejidad requiere un alto nivel de adherencia a las recomendaciones terapéuticas. A su vez, el curso y manejo de la enfermedad se encuentra condicionado por los determinantes sociales.

El presente trabajo tuvo como objetivo Analizar la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del HIGA “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024. Para ello, se realizó un cuestionario autoadministrado, conformado por 39 preguntas, divididas en 3 ejes: Perfil Sociodemográfico, Antecedentes Personales y Gestión de la Salud en DM. La muestra quedó conformada por 24 participantes, con una distribución equilibrada entre géneros, y una edad promedio de 54 años.

En esta población, compuesta principalmente por personas desempleadas de sectores socioeconómicos bajos y con un nivel educativo intermedio, se identificó que diversos determinantes de la salud, como la situación económica, las condiciones laborales, el acceso a la educación, la calidad de los servicios de salud y las creencias sobre la enfermedad, influyen en la capacidad de gestión de la enfermedad. Sin embargo, se destaca que hay ciertas prácticas de gestión de la salud que alcanzaron un buen nivel entre los participantes encuestados, como la práctica de ejercicio físico, los hábitos de alimentación, el autocontrol de glucemia, las asistencia a citas con profesionales de la salud y la participación en talleres de promo-prevención. Asimismo, se identificaron áreas de mejora, como el cuidado de los pies y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Además estas personas están expuestas a barreras adicionales en términos de tiempo disponible, costos de movilidad y el cuidado de otros, dificultando el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Estos desafíos afectan en su mayoría a las mujeres, quienes suelen priorizar el bienestar de los que dependen de ellas, dejando sus propios cuidados en segundo plano. Esto se traduce en limitaciones de tiempo para actividades necesarias para el control de su salud, lo que presentaría una desigualdad de género en la gestión de la DM y su autocuidado.

Gestión de la Salud en Diabetes Mellitus

A pesar de las dificultades mencionadas anteriormente, esta investigación ha demostrado buenos niveles en diversas prácticas de la Gestión de la Salud en DM, y evidenciado aquellas áreas que se podrían mejorar para optimizar el cuidado y control de la enfermedad.

Los resultados obtenidos fueron diversos y permitieron caracterizar la gestión de la salud a partir de diversos ejes, en las siguientes secciones se hará un relevamiento de los mismos divididos por cada dimensión que conforma la variable principal de la presente investigación.

Dimensión: Estilo de Vida

En cuanto a las prácticas de gestión de la salud relacionadas al Estilo de Vida, se observaron valores positivos, con la mayoría de los participantes siguiendo las recomendaciones relacionadas con

los Hábitos de Alimentación y la Práctica de Ejercicio Físico. Más de la mitad de los sujetos realiza cuatro comidas diarias, con un intervalo de 3 a 6 horas entre las mismas, e ingiere todos los días frutas y verduras variadas. No obstante, aún es necesario reforzar estrategias para reducir el consumo de carbohidratos, considerando el contexto individual de cada persona. Por su parte, dos tercios de la muestra realiza ejercicio físico tres veces por semana o más. Entre ellos, el 70% lo realiza durante la cantidad de minutos recomendada. Si bien la mayoría realiza ejercicio físico, es necesario implementar intervenciones más específicas para incentivar esta práctica en aquellos que permanecen sedentarios.

Al comparar estos hallazgos con el estudio de Castaño y Scarpati (2003), se observa una similitud en lo referente a los hábitos alimentarios. Sin embargo, en cuanto a la práctica de ejercicio físico, la presente investigación evidencia un porcentaje significativamente mayor de personas que realizan ejercicio de manera regular, alineándose con las recomendaciones brindadas por los profesionales del taller. Un patrón similar se evidencia al contrastar estos resultados con el estudio de Jannoo y Mamode Khan (2019) en Malasia, donde el ejercicio físico se identificó como una de las prácticas menos frecuentes dentro de la población diabética.

Asimismo, en comparación con los datos reportados por Chourdakis et al. (2014) en Grecia, los participantes de esta investigación mostraron una adherencia significativamente más alta a hábitos de alimentación saludable. Lo que resalta una diferencia en las prácticas alimentarias entre las poblaciones estudiadas.

Dimensión: Manejo de la DM

Por otro lado, existen diferentes prácticas de gestión de la salud relacionadas al Manejo de la DM en sí misma. En lo que respecta a la subdimensión Cuidado de los Pies, el nivel de seguimiento de las prácticas recomendadas fue intermedio, con un poco más de la mitad de los participantes inspeccionando sus pies a diario y concurriendo a la guardia ante la presencia de heridas.

A nivel nacional, el estudio de Linari et al. (2019) destacó que Argentina presenta niveles de adherencia al cuidado de los pies más elevados en comparación con otros países. En línea con este hallazgo, en los resultados de la presente investigación se obtuvo un porcentaje alto de inspección diaria, superando ampliamente los valores reportados en estudios internacionales, como el de Chourdakis et al. (2014) en Grecia.

Como se mencionó a lo largo de esta investigación, el cuidado adecuado de los pies es un pilar fundamental ya que permite prevenir complicaciones graves como el pie diabético, infecciones y, en casos extremos, la amputación. Por todo esto, se considera seguir trabajando la adherencia a dicha práctica.

La subdimensión Adherencia al Tratamiento Farmacológico es un aspecto fundamental en el manejo de la DM. Evaluar el nivel de adherencia permite identificar factores que pueden estar interfiriendo en el cumplimiento del tratamiento y generar estrategias para mejorarlo. En esta investigación, menos de la mitad de los encuestados se considera cumplidor según los criterios del test

de Morisky y Green (1986), lo que indica un nivel de adherencia que requiere mejora. El olvido de la medicación se destaca como el problema más relevante, afectando a un tercio de los participantes.

El test de Morisky-Green es uno de los métodos más utilizados en investigación y práctica clínica debido a que es una herramienta validada para esta población, de fácil aplicación y de bajo costo (Fernández Lázaro, 2017). No obstante, se encontraron ciertas limitaciones en su aplicación, el mismo no considera las circunstancias individuales que pueden condicionar la adherencia farmacológica, como el acceso a la medicación, la comprensión de la necesidad de la misma, entre otras situaciones particulares. Considerar el contexto social, económico y cultural de las personas permitiría generar estrategias más eficaces para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a la subdimensión Autocontrol de los Niveles de Glucosa, la adherencia a esta práctica es adecuada, más de tres cuartos de los sujetos tiene glucómetro y lleva registro de sus niveles de glucosa. Tres cuartos mide su glucosa en sangre según lo recomendado (un chequeo diario). Estos resultados reflejan un compromiso significativo con la gestión de la DM y muestran cifras considerablemente más altas en comparación con otras investigaciones. Por ejemplo, en el estudio de Chourdakis et al. (2014) realizado en Grecia, solo el 27,1% de los participantes realizaba controles diarios de glucosa en sangre, mientras que en la presente investigación esta proporción superó el 80%. Esta diferencia podría atribuirse a diversos factores, como el acceso a recursos adecuados y la educación en DM brindada en el taller, entre otros. A pesar de estos resultados se considera que la frecuencia con la que una persona con DM debe monitorear sus niveles de glucemia puede variar según el tipo de DM, el régimen de tratamiento y las recomendaciones médicas individuales. Más allá de esto, es importante que la persona pueda interpretar correctamente los resultados y la toma de decisiones oportunas en función de ellos.

Y por último, la subdimensión Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud mostró una adherencia óptima, casi la totalidad de los sujetos asiste a todas las citas, sigue las indicaciones de los profesionales y considera que estos responden a sus dudas adecuadamente. Lo cual es un resultado positivo, debido a la importancia del rol de los profesionales de la salud en la gestión de la DM, su influencia es significativa, ya sea al comunicar información vital o instruir sobre cuales son las prácticas recomendadas para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

A pesar de esto se resalta el rol activo del sujeto en el cuidado de su salud. La asistencia regular a las citas con profesionales de salud no solo asegura el seguimiento adecuado de su tratamiento en la DM, sino que también fortalece la relación con ellos, lo que permite una mejor comunicación y un abordaje personalizado de su situación. Por ello, es fundamental garantizar un seguimiento frecuente, sostenido y empático por parte de los profesionales de salud, quienes deben brindar apoyo integral para promover la adherencia y minimizar las complicaciones asociadas (Alcantarilla Roura et al., 2014).

Dimensión: Educación en DM

Finalmente, en las prácticas de gestión de la salud relacionadas a la Educación en DM, la subdimensión Participación en Talleres de Promoción de la Salud presentó un nivel positivo. Más de dos tercios participa de manera constante en los encuentros y tres cuartos logra generalizar los conocimientos adquiridos. Con respecto a la duración de la participación en el taller la misma es variable, con la mitad de los sujetos asistiendo hace más de un año. Es fundamental que la persona con DM participe activamente en estos espacios, ya que la continuidad en la asistencia le permite asumir un rol activo en su propio bienestar, desarrollando habilidades que pueden aplicar en su vida diaria, favoreciendo su autonomía, empoderamiento y motivación. Esto no solo facilita la adquisición de conocimientos, sino también su incorporación en las rutinas y decisiones cotidianas, promoviendo un manejo más efectivo de la enfermedad. En Zamora-Niño et al. (2019), se refuerza la idea de que una mayor educación sobre la enfermedad favorece el autocuidado y el seguimiento del tratamiento.

Los hallazgos de este estudio son en su mayoría positivos, lo que demuestra cómo los participantes aprovechan las oportunidades que se les brindan, reafirmando la importancia del trabajo con esta población. Esto evidencia que la educación transmitida en Taller de Diabetes tiene un impacto favorable en el tratamiento. Sin embargo, se resalta la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de educación y acompañamiento en la gestión de la DM, con el fin de mejorar aún más la adherencia a las prácticas de gestión de la salud y fomentar cambios sostenibles en los hábitos de las personas.

Como se dijo anteriormente, las complicaciones de la DM pueden restringir la participación en ocupaciones significativas, afectando diversas áreas de la vida del individuo. En este contexto, la Terapia Ocupacional desempeña un rol fundamental, desde una mirada integral, comunitaria, social y holística que combina las distintas áreas de intervención, permitiendo a las personas gestionar su propia salud. Este enfoque no solo busca contrarrestar los efectos adversos de la enfermedad, sino también fomentar una participación activa en dichas ocupaciones, esenciales para el bienestar.

Desde la perspectiva de la TO, se hace evidente la necesidad de intervenciones adaptadas a la realidad socioeconómica de cada persona. La educación interdisciplinaria en salud, el acompañamiento en la planificación de hábitos saludables dentro de sus posibilidades y el acceso a recursos básicos son elementos clave para fortalecer la autonomía en la gestión de la DM.

Esta primera caracterización de las personas que asisten al taller permitirá ajustar las intervenciones a sus contextos específicos. Con una atención oportuna y adecuada, es posible mitigar los efectos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Durante el análisis de los datos, surgieron algunos resultados que no se habían anticipado al inicio de la investigación. Uno de ellos fue que, a pesar de que se ha reportado que la polimedicación puede afectar la adherencia al tratamiento (Fernández Lázaro, 2017), en esta muestra no se observó una tendencia clara en este sentido. De hecho, los participantes con mayor carga farmacológica presentaron niveles de cumplimiento similares a aquellos con menor número de medicamentos, lo que

sugiere que otros factores podrían estar influyendo en la adherencia, tales como la toma de conciencia de su salud, el grado de afectación de la vida diaria, el compromiso con el tratamiento, la situación socioeconómica, entre otros.

Estos resultados, aunque valiosos para comprender el grupo analizado en este contexto específico, es posible que no pueden extrapolarse directamente a toda la población con DM en la ciudad o en otras instituciones de salud sin considerar diferencias en factores sociodemográficos, recursos disponibles y enfoques de tratamiento.

Recomendaciones

Durante la presente investigación se identificaron las fortalezas del Taller de Diabetes del HIGA, las cuales fueron mencionadas anteriormente. En esta sección se abordarán las distintas áreas a mejorar y recomendaciones pertinentes.

En primer lugar, se recomienda extender la duración de los ciclos del Taller, que actualmente abarcan aproximadamente periodos de cinco meses, dado que, según las Guías ALAD (2019), un programa de educación óptimo debería tener una duración mínima de dos años para lograr beneficios más significativos y sostenidos. No obstante, se considera adecuada la frecuencia de los encuentros semanales, ya que permiten un seguimiento continuo y una mejor asimilación de los contenidos. Además, cabe destacar que la mitad de los sujetos concurre hace más de un año, participando de esta manera durante más de dos ciclos.

Asimismo, a partir de los comentarios de los participantes, surge como necesidad la inclusión de un profesional especializado en psicología en el equipo multidisciplinario que lleva a cabo el taller. Con el objetivo de brindar apoyo, tanto al grupo en general, como a las situaciones particulares de los sujetos.

Por su parte, se considera oportuno realizar evaluaciones periódicas o autoevaluaciones, para valorar la incorporación de los aprendizajes en la vida de los sujetos. Donde también se incluyan sugerencias por parte de las personas, o puntos que consideren convenientes de profundizar. Haciendo de esta manera a la comunidad protagonista en su gestión de salud.

A pesar de estas áreas a mejorar, las mayores dificultades relevadas en la recolección de datos tienen que ver con temas ajenos al taller, tales como limitaciones económicas, por esto se reitera la importancia de políticas públicas que garanticen una salud accesible para todas las personas. Además, se considera fundamental ampliar la implementación de talleres como el de diabetes del HIGA en otros espacios que aún no los ofrecen, como algunas sociedades de fomento o centros de jubilados, entre otros que no cuenten con los mismos, con el fin de llegar a más personas que enfrentan dificultades para acceder a este tipo de servicios.

Por otro lado, los resultados de esta investigación ofrecen un punto de partida para futuras investigaciones, que podrían abordar estas cuestiones con enfoques más amplios e integradores; así como una base para nuevas prácticas en el campo de la salud pública y la TO. En relación a esto, a continuación se describirán algunas recomendaciones para investigaciones posteriores.

En principio, realizar un seguimiento longitudinal permitiría analizar la evolución de la gestión de la salud a lo largo del tiempo, midiendo el impacto sostenido del Taller en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. También sería valioso comparar la efectividad del Taller de Diabetes con otros programas educativos, como los implementados en algunos CAPS de la ciudad o en ámbitos privados, para identificar estrategias más eficaces.

Otra recomendación es integrar herramientas cualitativas como entrevistas o grupos focales, esto permitiría una comprensión más profunda de la adherencia y la gestión de la salud. Finalmente, explorar con mayor detalle los factores de deserción del taller ayudaría a desarrollar estrategias para mejorar la participación en los talleres, fortaleciendo el enfoque preventivo y reduciendo los costos asociados a las complicaciones de la enfermedad.

Una limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que ampliarla habría facilitado la generalización de los resultados a poblaciones similares. Sin embargo, esto se vio restringido por la cantidad de participantes, dado que, según los criterios de inclusión, los encuestados debían ser concurrentes del taller durante la administración del instrumento. Por lo tanto, no fue posible realizar esta ampliación.

Consideraciones finales

Desde la perspectiva de la TO, la Gestión de la Salud es una ocupación vital que sostiene y habilita el desarrollo de otras ocupaciones. El rol del Terapeuta Ocupacional juega un papel vital en el control de la DM, ya que contribuye a mejorar la calidad de vida y promover la independencia funcional de las personas, enseñándoles a convivir con la enfermedad y darles herramientas para el manejo de la misma en la vida cotidiana. Este estudio destaca la importancia de un abordaje integral que no solo se enfoque en el control biomédico de la DM, sino que también en la participación activa de las personas en la gestión de su salud.

El compromiso de la persona diabética en la gestión de su salud solo puede mantenerse si cuenta con espacios accesibles y de calidad dentro del sistema de salud pública. Estos espacios deben proporcionar información adecuada y atención especializada, garantizando así el acceso a la educación y al acompañamiento profesional. Es fundamental que este acceso se asegure como un derecho para todas las personas, contribuyendo a mitigar las desigualdades en salud.

Desde la perspectiva de salud pública también se destaca la importancia de fortalecer los programas de promo-prevención de la salud preexistentes. Se considera que invertir en prevención y garantizar el acceso a la salud por parte del Estado no solo beneficiaría a los individuos, sino que también reduciría los costos a largo plazo en el sistema sanitario, evitando complicaciones prevenibles y hospitalizaciones recurrentes.

Además, la existencia de estos espacios de atención pública resulta clave para respaldar el compromiso de quienes ya participan activamente en el manejo de su enfermedad, asegurando que cuenten con los recursos adecuados para sostener el cuidado de su salud de manera efectiva.

Los hallazgos positivos de esta investigación resaltan la importancia de las intervenciones educativas y la promoción de la salud en la mejora de las prácticas de gestión de la DM. Asimismo, refuerzan la necesidad de considerar el contexto cultural y las características de cada población en el diseño de estrategias de atención y seguimiento.

En esta investigación, la TO aporta una perspectiva social, holística y comunitaria, enfocándose en la persona de manera integral. A diferencia de estudios previos que han priorizado el tratamiento farmacológico, esta mirada incluye diversas prácticas de gestión de la salud, incluyendo el tratamiento no farmacológico. Además, destaca la relevancia de considerar tanto los aspectos sociales y personales como el contexto en el que se desarrolla la vida de cada persona. En este sentido, se reconoce a la persona y la comunidad como protagonistas activos en el cuidado de su propia salud.

Referencias

- Alcantarilla Roura, D., Güell Figa, E., & Bello Mayoraz, J. (2014). La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. *FMC*, 21(9), 538-540.
- Algado, S. S. (2015). Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 2(7), 3. ISSN-e 1885-527X
<http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: Dominio y proceso* (4ª ed.). (S. Barros Tapia, C. Figueroa Burgos, L. Hidalgo Beltrán, F. Llanos Castro, C. Naranjo Figueroa, N. Ocampo Alegría, M. P. Riquelme Gajardo, C. Rodríguez Barría, C. Vega Neira, & J. Vera Muñoz, Trans.). Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
- Arias-Uribe A. M., Losantos M., & Bedoya P. (2023). La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 47(133). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.133>
- Arroyo, L. D., & Burbano, J. I. (2019). Diabetes y pie diabético: una problemática mundial abordada desde la fisioterapia. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 6(3), 199-208. <https://doi.org/10.53853/encr.6.3.534>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Permanyer. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 7-11.
https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Butler, J. (2009). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Madrid, España/México D. F., México: Paidós.
- Castaño, L., & Scarpati, M. J. (2003). *Terapia ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio Digital Kimelü. <http://kimelu.mdp.edu.ar/handle/123456789/335>
- Cañarte Baque, G. C., Neira Escobar, L. C., Gárate Campoverde, M. B., Samaniego León, L. D., TupacYupanqui Mera, J. C., & Andrade Ponce, S. S. (2019). La diabetes como afectación grave se presenta con complicaciones típicas. *Dominio de las ciencias*, 5(1), 160-198.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869925>
- Chawla, R. (2013). *Complicaciones de la diabetes* (Vol. 1). Ed. Santiago Auroch.
<https://books.google.com.pe/books?id=1kLVDgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Chourdakis M., Kontogiannis V., Malachas K., Pliakas T., & Kritis A. (2014). Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. *J Community Health* 39, 972–979.
<https://doi.org/10.1007/s10900-014-9841-y>

- Couto, M. T., Oliveira, E. D., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud colectiva*, 15. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000100081&script=sci_arttext
- Domínguez-Olmedo, J. M., Pozo-Mendoza, J. A., & Reina-Bueno, M. (2017). Revisión sistemática sobre el impacto de las complicaciones podológicas de la diabetes mellitus sobre la calidad de vida. *Revista española de podología*, 28(1), 30-36. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021012381730004X>
- Elhenawy, Y. I., Abdelmageed, R. I., Zaafar, D. K., & Abdelaziz, A. W. (2022). Adherence to insulin therapy among children with type 1 diabetes: Reliability and validity of the Arabic version of the 4-item Morisky Medication Adherence Scale. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1415-1421. <https://doi.org/10.2147/PPA.S341061>
- Fernández Lázaro, C. I. (2017). *Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con patologías crónicas en grupos de población vulnerables*. [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]. Repositorio Documental GREDOS. <http://hdl.handle.net/10366/135805>
- Ferrarini, E. (2012). Physiology of glucose homeostasis and insulin therapy in type 1 and type 2 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 41, 25-39. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889852912000047?via%3Dihub>
- Fuster, Valentín (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista Española de Cardiología*, 65(2), 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.07.005>
- Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud En Perdiguero, E., & Comelles, J. M.^a (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Ed Bellaterra.
- Hernández Díaz, J., et al. (2014). *Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios*. Gobierno de Mendoza. <https://www.mendoza.gov.ar/gobierno/wp-content/uploads/sites/7/2017/11/4-Hernández-Díaz-et-al-2014-Cómo-diseñar-talleres-para-promover-la-salud-en-grupos-comunitarios.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed). México: McGraw-Hill Education.
- Huang, D., Refaat, M., Mohammedi, K., Jayyousi, A., Al Suwaidi, J., & Abi Khalil, C. (2017). Macrovascular Complications in Patients with Diabetes and Prediabetes. *BioMed Research International*, vol 2017(1). DOI: [10.1155/2017/7839101](https://doi.org/10.1155/2017/7839101)
- International Diabetes Federation (IDF). (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. (9th ed).

https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf.

International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF Diabetes Atlas*. (10th ed.).

<https://diabetesatlas.org>

Jannoo, Z., & Mamode Khan, N. (2019). Medication adherence and diabetes self-care activities among patients with type 2 diabetes mellitus. *Value in Health Regional Issues*, 18, 30-35.

<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.06.003>

Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta sanitaria*, 32 (1), 8-10.

<https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v32n1/0213-9111-gs-32-01-00008.pdf>

Kittay, E. F. (2019). *Love's labor: Essays on women, equality, and dependency*. London, UK/New York, USA: Routledge.

Liedo, B. (2021). Vulnerabilidad. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 20, 242-257. DOI:

<https://doi.org/10.20318/eunomia.2021.6074>

Linari, M. A., González, C. D., Fretchel, G., Álvaro, O., Argerich, M. I., del Carmen Babus, M., Badia, M. F., Barrera, L., Blanco, N., Botta, D., Curet, M. M., David, R., Dib, A., Dieuzeide, G., Dionisi, D., Echenique, M., Fuentes, S., Geraci S., Laguarde, N.,... Chan, D. (2019). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Argentina durante 2015. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 53(3), 97-108.

<https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/350/296>

Litwak, L. E., Querzoli, I., Musso, C., Dain, A., Houssay, S., Proietti, A., & Costa Gil, J. E. (2019). Monitoreo continuo de glucosa: utilidad e indicaciones. *Medicina (Buenos Aires)*, vol 79, 44-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30694188/>

Lopez Sandoval, L. (2019). *Eficacia del método kabat y terapia del espejo para mejorar la calidad de vida en pacientes amputados por diabetes mellitus, hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo - 2017*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3146>

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 8 (1), 185-207.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Ministerio de Salud. (2021). Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético. Buenos Aires, Argentina.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-07/pautas_prevenccion_abordaje_pie_diabetico_5-7-2022.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s.f.). *Historia*.

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/halende/historia/>

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (s.f). *¿Qué es el PRODIABA?*.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prodiaba/institucional/que-es-el-prodiaba/>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s.f.). *Servicios*.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/halende/serv>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Morrison, R. J., Olivares, D. A., & Vidal, D. M. (2011). La filosofía de la ocupación humana y el paradigma social de la ocupación: Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en terapia ocupacional y ciencias de la ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 11(2), 102-119. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2011.17785>
- Moya, C., Cavalli, A., & Ferrer, S. (2016). Programa de educación en diabetes en el ámbito hospitalario [Material de circulación interna]. Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”.
- National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (2017). *Diabetes: Información sobre la enfermedad*. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/diabetes/informacion>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (2011). *Neuropatía diabética*.
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/neuropatias-diabeticas>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (2016). *Síntomas y causas de la diabetes*.
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (2023). *Monitoreo continuo de glucosa*. <https://www.niddk.nih.gov/health->
- Nuttbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC) (2021). *Caracterización del sistema de salud argentino*.
<https://www.opc.gob.ar/salud/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*.
<https://iris.who.int/handle/10665/67246>

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. [ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO - Pruebas para la acción](#)
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Indicadores básicos 2023*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores-basicos_2023-web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (s.f). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- ParlAmericas. (s.f.). *Interseccionalidad: una herramienta para la inclusión y la justicia social*. https://parlAmericas.org/uploads/documents/Intersectionality_es.pdf
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En S. Balaña, A. Finielli, C. Giuliano, A. Paz, & C. Ramírez (Eds.), *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 31-47. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones. https://tintalimon.com.ar/public/p9bohsgtgi5hdtcig4cssqrk9ivt/pdf_978-987-3687-58-7.pdf
- Pérez Rodríguez, A., & Berenguer Gouarnaluses, M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. *MEDISAN*, 19(10), 1268-1271. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000012
- Porras A., X., Cáceres N., M., Garcés M., A., Riveros G., M. F., & Seguel V., A. (2006). Intervención de terapia ocupacional en prevención y tratamiento de obesidad y Diabetes Mellitus Tipo II: “nunca pensamos que era algo más que una dieta”. *Revista Chilena De terapia ocupacional*, (6). 55 – 68. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/112>
- [Material de circulación interna]. Ruano Imbaquingo, D. E., Ruano Imbaquingo, H. J., Yépez Salazar, D. A., Herrería Rodríguez, M. A., Falcón León, K. D., & López Hoyos, E. J. (2023). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 379-395. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5300
- Shen, X., & Shen, X. (2019). The role of occupational therapy in secondary prevention of diabetes. *International Journal of Endocrinology*. <https://doi.org/10.1155/2019/3424727>
- Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S. M., & García-Ruiz, S. (2016). *Terapias ocupacionales desde el sur: Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Editorial Universidad de Santiago de Chile (USACH). https://www.u-cursos.cl/medicina/2021/1/TO03014/1/material_docente/bajar?bajar=1&id=4033262

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tejera Pérez, C. (2023). La importancia del equipo multidisciplinar en diabetes. *Revista Diabetes FSED*.
<https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/La-importancia-del-equipo-multidisciplinar-en-diabetes.pdf>
- Trejo-Bastidas, N. X., Eraso-Paredes, J. J., & Contreras-Martínez, H. J. (2020). Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. *CES Medicina*, 34(1), 3–13.
<https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.1>
- Universidad Católica de Cuyo (s.f). Niveles de atención en salud. [Archivo PDF]. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuyo, San Luis.
<https://fcm.uccuyosl.edu.ar/images/pdf/niveles-de-atencion.pdf>
- Valerio Guevara, M. (2022). *Autocuidado y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II del hospital de San Juan de Lurigancho, Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional Norbert Wiener.
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7806/T061_46590057_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Vallejo Sánchez, V. (2021). Nuevas tecnologías aplicadas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1. *NPunto*, 4(44), 75-97.
<https://www.npunto.es/revista/44/nuevas-tecnologias-aplicadas-en-el-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-i>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract
- Vinces Chong R. I., Villamarin Vaca O. N., Tapia Míles A. M., Gorozabel Alarcón J. M., Delgado Gorozabel C. J., & Vincés-Zambrano M. I. (2019). Diabetes Mellitus y su grave afectación en complicaciones típicas. *Polo del conocimiento*, 4(2). 181-198.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/901/pdf>
- Zamora-Niño, C. F., Guibert-Patiño, A. L., La Cruz-Saldaña, D., Ticse-Aguirre, R., & Málaga, G. (2019). Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta médica peruana*, 36(2), 96-103.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004&lng=es

Anexos

Anexo I

Cuestionario

Fecha:

Perfil Sociodemográfico

1- Iniciales de su nombre y apellido: _____

2- ¿Cuál es su edad?: _____

3- ¿Cuál es su género?

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otros _____

4- ¿Cuál es su nivel de educación alcanzado?

☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta
☐ Secundaria completa ☐ Terciaria incompleta ☐ Terciaria completa
☐ Universitaria incompleta ☐ Universitaria Completa ☐ Posgrado incompleto
☐ Posgrado Completo ☐ Otros _____

5- ¿Usted trabaja?

☐ Sí ☐ No

6- Si su respuesta fue Sí. ¿Su empleo es Formal o Informal?

☐ Formal ☐ Informal

7- Si su respuesta fue No. Usted es:

☐ Jubilado/a ☐ Pensionado/a ☐ Ama/o de casa ☐ Desocupado/a

8- El ingreso mensual que usted recibe ¿le alcanza para cubrir sus gastos relacionados con la salud (medicación, alimentación, pago de servicios, etc.)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otros _____

9- ¿Cómo se traslada al taller?

☐ Vehículo propio ☐ Colectivo ☐ Bicicleta ☐ A pie
☐ Remis/Taxi ☐ Otro _____

10- ¿Cuenta con personas que le brinden apoyo/ayuda/acompañamiento (redes de apoyo)? Ej.: apoyo emocional, ayuda en actividades diarias, realización de trámites, etc.

☐ Sí ☐ No ☐ Otros _____

11- ¿Está a cargo de la crianza de niños o del cuidado de otras personas? (Ejemplos: adultos mayores, personas con discapacidad o enfermedades crónicas/terminales).

☐ Sí (niños) ☐ Sí (otras personas) ☐ Sí (ambos)
☐ No ☐ Otros _____

Antecedentes personales:**12- ¿Hace cuantos meses/años padece de Diabetes Mellitus (DM)?** _____**13- ¿Hace cuantos meses/años se trata por la DM?** _____**14- ¿Tiene alguna enfermedad/condición de salud además de la DM?**☐ Sí☐ No**15- Si su respuesta fue Sí. ¿Usted toma medicación para otra enfermedad/condición de salud habitualmente?**☐ Sí☐ No**16- ¿Con qué frecuencia usted...? (Marcar con una X)**

	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Rara vez	Nunca
Fuma					
Consume alcohol					
Consume drogas					

Gestión de la Salud en Diabetes Mellitus**Hábitos de Alimentación:****17- ¿Cuántas comidas hace al día?**☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6 o más.**18- ¿Durante el día, cuánto tiempo aproximadamente pasa entre una comida y otra?**☐ 1 a 3 hs☐ 3 a 6 hs☐ 6 hs o más**19- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos...? (Marcar con una X)**

	Todos los días	3 a 5 días a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Nunca
Frutas y verduras variadas:					
Productos con azúcar agregada (ej. gaseosa, golosinas, yogurt, etc.)					
Carbohidratos (ej. pan, fideos, arroz, avena, etc.)					

Práctica de Ejercicio Físico:**20- ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio físico?**

☐ 1-2 veces ☐ 3-5 veces ☐ 6-7 veces ☐ Nunca

21- Si su respuesta fue afirmativa. ¿Cuántos minutos aproximados dura este ejercicio?

☐ 15-30 min ☐ 30-45 min ☐ 45-60 min ☐ 60 min o más

22- ¿Qué ejercicio realiza?

Cuidado de los Pies:

23- ¿Cuántas veces revisa sus pies?

☐ Nunca ☐ 1 o 2 veces al mes ☐ 1 vez a la semana
☐ 3 veces a la semana ☐ 5 veces a la semana ☐ Todos los días

24- ¿Qué hace cuando se presenta una herida en sus pies?

☐ Lavarla ☐ Aplicar crema ☐ Colocar desinfectante ☐ Vendar
☐ Asistir a la guardia ☐ Nada ☐ Otro _____

Adherencia al Tratamiento Farmacológico:

25- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

☐ Sí ☐ No

26- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

☐ Sí ☐ No

27- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

☐ Sí ☐ No

28- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

☐ Sí ☐ No

Autocontrol de los Niveles de Glucosa:

29- ¿Usted tiene glucómetro?

☐ Sí ☐ No

30- ¿Cuántas veces por día se mide la glucosa?

☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Ninguna

31- ¿Lleva registro de sus niveles de glucosa? (Por ej. los anota en cuaderno/celular/otros)

☐ Sí ☐ No

Asistencia a Citas con Diversos Profesionales de la Salud:

32- ¿Asiste a las citas con profesionales de la salud según la indicación?

☐ Sí, a todas ☐ Sí, a algunas ☐ No, a ninguna

33- ¿Sigue las recomendaciones indicadas por el profesional de salud en esos controles?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

34- ¿Siente que los profesionales de la salud responden a sus dudas adecuadamente?

☐ Sí ☐ No, porque el profesional está apurado/a
☐ No, porque la consulta es muy breve
☐ No, porque el profesional no es claro/a al explicar ☐ Otros _____

Participación en Taller de Promoción de la Salud en Diabetes Mellitus:

35 - ¿Hace cuanto tiempo concurre al taller?

☐ Empecé hoy ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses
☐ 6 meses a 12 meses ☐ 1 año ☐ Más de 1 año

36- ¿Cuántas veces por mes concurre al taller?

☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Todos los encuentros

37- ¿Pudo aplicar lo aprendido en su vida cotidiana?

☐ Sí ☐ No.

38- Si su respuesta fue no... ¿Por qué no pudo aplicarlo? Marque la/las que corresponda/n:

☐ Por motivos económicos ☐ Por falta de comprensión
☐ Por dificultad en la organización ☐ Por falta de motivación
☐ Otros _____

39- ¿Qué le gustaría agregar respecto a tu salud y/o al taller que no te hayamos preguntado?

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, SUS RESPUESTAS NOS AYUDAN MUCHO EN
 NUESTRA INVESTIGACIÓN!

Anexo II

Carta de solicitud para permiso de investigación

Mar del Plata, 2024.

Nosotras, Dalto, Camila; Henrik, Estefanía Alejandra y Zumbo, Victoria Sabrina por medio de la presente nota nos dirigimos ante las autoridades del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende”, como estudiantes de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), con el objetivo de solicitar acceso a la institución para llevar a cabo la recolección de datos relacionada con nuestra Tesis de Grado “Prácticas de Gestión de la Salud en Personas con Diabetes: Estudio del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata”. Esta consiste en analizar la gestión de la salud en los participantes del taller de diabetes de la Institución. Para ello, en conjunto con nuestra directora de tesis, la Lic. Ana Paula Cirese, consideramos la posibilidad de llevar a cabo la investigación en el grupo que asiste al “Taller de diabetes” brindado por el equipo interdisciplinario, en el cual se desarrollan actividades educativas para el control, manejo y prevención de complicaciones ligadas a la Diabetes Mellitus, brindado de manera semanal los Martes a las 11 a.m en el Centro Modular Sanitario 12.

Por otro lado, se pide permiso para asistir a los encuentros que sean necesarios, en los cuales las estudiantes podrán estar presentes para realizar la recolección de los datos a través de un cuestionario autoadministrado que se otorgará a cada uno/a de los participantes que deseen formar parte de la investigación, en conjunto con un consentimiento informado, haciéndoles saber que siempre que ellos/as deseen pueden acceder a completarlo o no, de acuerdo a su voluntad, donde se informará además que los datos recabados serán utilizados para fines académicos y serán confidenciales.

Es de destacar que esta investigación no conlleva ningún gasto para la institución y que se respetarán los tiempos del establecimiento para no interferir en las actividades propias que se desarrollan en el mismo, realizándolo una vez finalizado el encuentro. Sin otro particular, agradecemos su tiempo y quedamos a su disposición.

Atte:



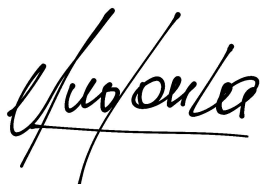
Dalto, Camila

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'EAA' with a stylized flourish at the end.

Henrik, Estefanía Alejandra

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Victoria Zumbo' with a stylized flourish at the end.

Zumbo, Victoria Sabrina

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ana Paula Cirese' with a stylized flourish at the end.

Lic. Ana Paula Cirese (Directora de tesis)

Anexo III**Hoja de información****Título del estudio:**

“Prácticas de Gestión de la Salud en Personas con Diabetes: Estudio del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata”

Lugar de realización:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata

Patrocinador del estudio:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Investigadora responsable:

Nombre: Lic. en Terapia Ocupacional Cirese, Ana Paula.

Afiliación institucional: Hospital Interzonal General de Agudos, “Dr. Oscar E. Alende”.

Teléfono: +54 2236 82-2592

E-mail: anapaulacirese@gmail.com

Integrantes del equipo de investigación:

Dalto, Camila; Henrik, Estefanía Alejandra; Zumbo, Victoria Sabrina

Unidad Académica a la que pertenece:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Comité de Bioética que evaluó la investigación:

Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB), Secretaría de Ciencia, Tecnología y Coordinación, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Introducción:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el PTIB. Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las

personas que considere oportuno. Hemos intentado utilizar un vocabulario comprensible, accesible a las personas que no están familiarizadas con los términos usados en el Proyecto de investigación. Si hubiese algunas palabras o conceptos que no se entendieran fácilmente se debe proceder a clarificar la información. Le será entregada una copia de la hoja de información al o la participante y el formulario de Consentimiento Informado.

Descripción general del estudio:

Usted ha sido invitado a participar de un estudio de investigación que pretende Analizar la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024. Este Trabajo ha sido presentado para optar por el título de Licenciadas en Terapia Ocupacional.

La cantidad de personas que serán incluidas en el presente estudio dependerá de la asistencia al Taller que haya en el día en que se lleve a cabo la recolección de datos.

La institución participante donde se llevará a cabo la investigación es el Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata.

Se utilizarán los datos recolectados para una investigación de tipo descriptiva cuyo propósito es Analizar la Gestión de la Salud en los Participantes del Taller de Diabetes del HIGA. Tendrá un enfoque cuantitativo, el cual utilizará un método de recolección de datos, a través de un único cuestionario autoadministrado. El análisis de datos será con una medición numérica. Presentará un diseño de investigación de tipo no experimental, ya que no se van a manipular variables. En cuanto al alcance temporal será transversal, el cual recolecta datos correspondientes a una población específica en un solo momento y tiempo determinado.

El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki; la Ley 15.462, sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia Buenos Aires, que regula la Investigación en Salud Humana; la ley 25316 de Protección de Datos Personales. Antes de que confirme su decisión de participar, nos gustaría ofrecerle información adicional y responder cualquier inquietud adicional que pudiera tener.

Metodología a seguir:

Usted deberá responder a un único cuestionario autoadministrado, la duración estimada de respuesta del mismo será de 15 minutos. En el caso que lo desee o requiera podrá solicitar ayuda a las investigadoras presentes.

En el cuestionario se evalúan datos sociodemográficos de los participantes, sus antecedentes

personales de salud y aquellas prácticas de gestión de salud que son consideradas relevantes para el abordaje de la Diabetes Mellitus. Las mismas se subdividen en 3 categorías: hábitos de alimentación, práctica de ejercicio físico, cuidado de los pies, adherencia al tratamiento farmacológico, autocontrol de los niveles de glucosa, asistencia a citas con diversos profesionales de la salud, y la participación en el taller de promoción de la salud en diabetes mellitus.

Consta de 39 preguntas, las cuales deberán responder en su totalidad.

Beneficios derivados de la participación en el estudio:

La participación en el estudio no supondrá un beneficio directo para la persona, más allá de las acciones que se deriven (o no) de la aplicación del conocimiento científico generado.

Riesgos derivados de la participación en el estudio:

La participación tiene una probabilidad y magnitud del daño o incomodidad que no excede los encontrados en la vida cotidiana o en procedimientos médicos o psicológicos de rutina, ya que se trata de una recolección de datos ya existentes.

Si bien no se espera ningún riesgo ni molestia por la participación, cualquier pregunta que pueda resultar molesta al participante puede decidir no responder o retirarse del estudio.

Si Ud sufriera alguna descompensación emocional hemos gestionado la intervención de profesionales de la Institución para su atención pertinente.

Responsabilidad y seguro:

En el estudio propuesto no se espera que represente ninguna posibilidad de daño a la salud.

Declaración de Conflicto de intereses:

No existe ningún conflicto de interés, los investigadores no recibirán compensación alguna.

Gastos y compensaciones:

El o la participante no recibirá ninguna compensación económica por su participación. Tampoco le supondrá ningún gasto.

Participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio libremente y sin perjuicio:

La participación en el estudio es voluntaria y puede decidir cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno. Si decide

retirar el consentimiento para participar en el estudio, no se incluirán sus datos en la base de datos.

Confidencialidad de los datos obtenidos y su alcance:

Sus datos personales serán anonimizados, su identidad no será revelada a persona alguna. No se le pedirán datos que lo identifiquen, sólo serán utilizadas las iniciales de su nombre y apellido.

La confidencialidad de los datos estará resguardada según la ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales. Leyenda obligatoria por disposición del Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. "El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Bioética en Investigación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética Programa Temático Interdisciplinario en Bioética – Secretaría de Ciencia y Tecnología – – ptib@mdp.edu.ar UNMdP – de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires - con fecha 30/12/16, bajo el N°061/2016, Folio 124, Libro 2. Re Acreditado el 2 de diciembre de 2022, N° 061/2016; folio 124; libro 2.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactar con el Comité de Bioética del PTIB de la UNMdP, Coordinadora Dra. María Marta Mainetti – teléfono celular: 223 616-3364".

Datos de contacto:

Si Ud. precisa mayor información sobre este estudio puede contactarse con las investigadoras responsables:

Gmail: anapaulacirese@gmail.com

Teléfonos de contacto:

- Cirese, Ana Paula: +54 2236 82-2592

Anexo IV**Formulario de Consentimiento Informado****Aprobación del interesado para participar del estudio de investigación****Título de la investigación:**

“Prácticas de Gestión de la Salud en Personas con Diabetes: Estudio del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata”

Lugar de realización:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata

Nombre y apellido del o la participante: _____

Investigadora responsable:

Nombre: Lic. en Terapia Ocupacional Cirese, Ana Paula.

Integrantes del equipo de investigación:

Dalto, Camila; Henrik, Estefanía Alejandra; Zumbo, Victoria Sabrina.

Declaración del participante:

Yo, _____, he leído cuidadosamente y comprendido las características de este estudio. Recibí información suficiente, clara, precisa y adecuada por parte de Dalto, Camila; Henrik, Estefanía Alejandra y Zumbo, Victoria Sabrina, sobre el estudio “Prácticas de Gestión de la Salud en Personas con Diabetes: Estudio del Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata”, que se está llevando a cabo en la Unidad de Pronta Atención (UPA), Centro Modular Sanitario 12.

Tuve la oportunidad de realizar preguntas que me fueron contestadas satisfactoriamente. Me entregaron una copia del consentimiento debidamente firmada.

Comprendo que mi participación es voluntaria, anónima y que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar ninguna explicación y sin ninguna represalia. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito.

Asimismo se me ha explicado que mis datos personales se encuentran protegidos por la ley 25326; Y que ni mi nombre ni mis datos personales serán identificables en ningún informe

científico o publicaciones que pudieran resultar de esta investigación; los mismos serán anónimos, preservando así mi derecho a la confidencialidad.

No recibiré por parte de las investigadoras una remuneración ni tampoco un beneficio directo como resultado de mi participación.

Puedo comunicarme con las investigadoras responsables del estudio en cualquier momento si tengo cualquier pregunta.

Presto libremente mi conformidad y consentimiento específico para participar en el estudio. Con mi firma ratifico mi aceptación de las condiciones anteriormente descritas, expresando así mi voluntad y compromiso de participación.

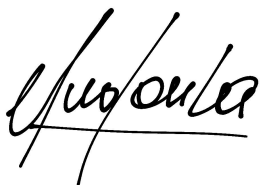
Nombre y Apellido del o la Participante: _____

Firma: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Nombre y Apellido, DNI, y firma de la investigadora responsable:



Cirese, Ana Paula

30.506.347

Nombre y Apellido, DNI, y firmas del equipo de investigación:



Dalto, Camila

41.986.679



Henrik, Estefanía Alejandra

37.769.887



Zumbo, Victoria Sabrina

35.169.889

Fecha: _____

De acuerdo con la disposición N° 06/2008 emitida por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (DNPDP) es posible que se pongan en contacto con usted para que otorgue información relativa al proceso de Consentimiento Informado.

Datos del estudio

Consentimiento informado del estudio _____

Versión _____ Fecha _____

Anexo V**Tablas de frecuencia****Tabla 8***Frecuencia de Responsabilidad en el cuidado de otras personas según el género.*

		N.	%
Responsabilidad en el cuidado de otras personas		24	100
Hombres	Sí cuida	3	23,08
	No cuida	9	69,23
	No responde	1	7,69
Mujeres	Sí cuida	6	54,55
	No cuida	5	45,45

Tabla 9*Frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico según la condición de polimedicación.*

		N.	%
Total de respondientes		23	95,83
Polimedicados	Cumplidor	8	47,06
	No cumplidor	9	52,94
No polimedicados	Cumplidor	2	33,33
	No cumplidor	4	66,67

Índice

Dirección / Asesoría Metodológica / Autoras.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Justificación de la Investigación.....	6
Estado de la Cuestión.....	8
A nivel Mundial.....	8
A nivel regional.....	10
A nivel nacional.....	10
Marco Teórico.....	12
Capítulo 1: Diabetes Mellitus.....	12
Enfermedades Crónicas No Transmisibles.....	12
Diabetes Mellitus.....	12
Síntomas.....	13
Complicaciones Secundarias.....	14
Complicaciones Agudas.....	14
Complicaciones Crónicas.....	15
1- Complicaciones Microvasculares.....	15
2- Complicaciones Macrovasculares.....	15
Pie Diabético.....	16
Tratamiento.....	16
Estadísticas.....	17
Capítulo 2: Perspectivas Contemporáneas de Salud: Implicaciones para la Terapia Ocupacional.....	19
Discusiones en torno al Concepto de Salud.....	19
Determinantes Sociales de la Salud.....	19
Vulnerabilidad.....	20
Interseccionalidad.....	21
Paradigma Social de Terapia Ocupacional.....	22
Terapia Ocupacional Comunitaria.....	22
Justicia Ocupacional.....	23
Capítulo 3: Salud Pública.....	24
Salud Pública.....	24
Niveles de Atención, Prevención y Promoción de la Salud.....	25
Niveles de Atención.....	25
Prevención de la Enfermedad.....	25
Promoción de la Salud.....	25
Sistema de Salud Pública en Mar del Plata.....	26
Programas de Diabetes Mellitus.....	26
A Nivel Provincial.....	26
A Nivel Municipal.....	26
Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende” (HIGA).....	26
Taller de Diabetes del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA).....	26

El Rol de la Terapia Ocupacional en el Taller de Diabetes.....	27
Capítulo 4: Gestión de la Salud.....	29
Recorrido Teórico.....	29
Definición de la Variable.....	32
Prácticas de Gestión de la Salud en DM.....	33
Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas al Estilo de Vida.....	33
Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas al Manejo de la DM.....	34
Prácticas de Gestión de la Salud Relacionadas a la Educación en DM.....	35
Metodología.....	37
Tema.....	37
Problema de Investigación.....	37
Objetivo General.....	37
Objetivos Específicos.....	37
Enfoque, Diseño y Tipo de Estudio.....	37
Descripción del Grupo de Estudio.....	37
Definición de la Variable: Gestión de la Salud.....	38
Definición Conceptual.....	38
Definición Operacional.....	38
Otras Variables de Interés.....	39
Técnicas de Recolección de Datos:.....	41
Procedimiento.....	41
Análisis de Datos.....	42
Aspectos Éticos de la Investigación.....	42
Resultados.....	44
Eje 1: Perfil Sociodemográfico.....	44
Eje 2: Antecedentes Personales.....	46
Eje 3: Gestión de la Salud.....	48
Eje 3.1: Estilo de Vida.....	48
Eje 3.2: Manejo DM.....	51
Eje 3.3: Educación en DM.....	56
Análisis e Interpretación de los Resultados.....	58
Eje 1: Perfil Sociodemográfico.....	58
Eje 2: Antecedentes Personales.....	59
Eje 3: Gestión de Salud en DM.....	60
Eje 3.1: Estilo de Vida.....	60
Eje 3.2: Manejo DM.....	61
Eje 3.3: Educación en DM.....	63
Conclusiones.....	64
Gestión de la Salud en Diabetes Mellitus.....	64
Dimensión: Estilo de Vida.....	64
Dimensión: Manejo de la DM.....	65
Dimensión: Educación en DM.....	67
Recomendaciones.....	68
Consideraciones finales.....	69

Referencias.....	71
Anexos.....	77
Anexo I.....	77
Anexo II.....	81
Anexo III.....	83
Anexo IV.....	87
Anexo V.....	90
Tablas de frecuencia.....	90
Índice.....	91